WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK

ROK V 1933 NUMER 5

Prof. dr. O. KNEISE i dr. G. BEYER, Klinika urologiczna w Halle n. S.

W SPRAWIE KAMIENI MOCZOWYCH.

(Referat według Zschr. f. Urol. 1933, tom 27).

Autorzy uczynili spostrzeżenie, że w ciągu ostatnich 10 lat ilość przypadków kamieni moczowych stale się zwiększa i to nawet w tych okolicach, w których kamienie te dawniej zdarzały się stosunkowo rzadko. Z pośród 361 przypadków kamicy nerkowej, które autorzy mieli sposobność obserwować i leczyć, w 150 przypadkach trzeba było się zwrócić do zabiegów chirurgicznych. Wobec tego, że nie jesteśmy w stanie usunąć właściwej przyczyny tworzenia się kamieni, leczenie nasze musi do pewnego stopnia pozostawać objawowe. Nawroty po operacjach usuwania kamieni zdarzają się tak często, że *Kneise* i *Beyer* interwenjują chirurgicznie jedynie wtedy, gdy stałe bóle lub silne napady kolki, długotrwałe krwawienia albo poważniejsze objawy zakażenia zmuszają do dokonania zabiegu operacyjnego. Sama obecność kamienia nerkowego nie jest jako taka wskazaniem do operacji.

Również i w przypadkach kamieni moczowodowych przechodzi się obecnie coraz więcej do postępowania wyczekującego. *Kneise* opisał cały szereg przypadków, w których kamienie odchodziły samoistnie po 2, 3 i nawet po 13 miesiącach, przyczem odnośna nerka nie ponosiła żadnej uchwytnej szkody. Chociaż spostrzeżenia te należy uważać raczej za wyjątki, to pouczają one jednak, że można tu być bardziej zachowawczym, niż to się przeważnie uznaje za dozwolone.

W przypadkach uwięźniętych kamieni moczowodowych lub nerkowych dochodzi często do zakażenia dróg moczowych, co również może sprzyjać wzrostowi kamieni lub tworzeniu się nowych złogów. Pytanie, czy zakażenie dróg moczowych na tle obecności kamieni wymaga operacji, nie jest dotychczas jednomyślnie rozstrzygnięte. *Casper* a wraz z nim *Kneise* i *Beyer* uważają, że

„stale gorączkujące roponercza oraz peri- i paranefrytyczne ropnie kamicowe powinny być operowane, jeśli tylko stan ogólny chorego pozwala na zabieg chirurgiczny; natomiast zwykłe bezgorączkowe zapalenia miedniczek nerkowych (oczywiście na tle kamieni), które przejawiają się wyłącznie obecnością niewielkiej ilości leukocytów w osadzie moczowym, nie są bezwzględnem wskazaniem".

Z pośród 150 operowanych przypadków 6 zakończyło się śmiertelnie: w 3 przypadkach przyczyną zgonu było starcze zapalenie płuc, w 3 pozostałych zakażenie przyranne, zator i martwica trzustki.

Przy powstawaniu kamieni ważną rolę zdają się odgrywać sposób życia i odżywiania. Zasadniczo przyczyna powstawania kamieni jeszcze nie jest ostatecznie wyjaśniona. *Praetorius i Kneise* zwrócili uwagę na spożywanie pomidorów, zawierających jak wiadomo kwas szczawiowy, jako na przyczynę częstszego występowania kamieni nerkowych. *Cantani* z Medjolanu już w 1878 r. omawiał możność związku między spożywaniem pomidorów i powstawaniem kamieni. Jest zupełnie zrozumiałe, że w obecnie panującym okresie badań nad witaminami, podawano również i brak witamin jako przyczynę skazy kamicowej. Wobec tego jednak, że również i układ nerwowy okazuje wpływ na komórki nerkowe, to wydaje się do pewnego stopnia uzasadnionem uzależnianie częstszego występowania kamieni nerkowych również od znacznie zwiększonej ilości zaburzeń nerwowych, które spostrzegamy od czasów wojennych i towarzyszących im przełomów gospodarczych. Zmiana czynności elementów wydzielniczych nerek może więc zależeć zarówno od czynników nerwowych jak i odżywczych. Ta zmiana czynności przejawia się w postaci zwiększonego wypadania krystaloidów, zmniejszenia wydzielania koloidów ochronnych i wzmożenia się w związku z tem wytwarzania kamieni moczowych. Według *Lichtwitza* odczyn moczu okazuje niewątpliwie wpływ na rodzaj osadu, dla powstawania natomiast złogów przedstawia on tylko jeden i to nie najważniejszy warunek. Duże znaczenie ma również i stężenie związków, wytwarzających osad. Dalszym warunkiem dla powstawania osadu jest strącenie koloidów ochronnych, które jednak bywa niejednakowe przy różnych osadach (fosfaturja, oksalurja, uraturja). Według *Schade'go* dla powstawania właściwych kamieni moczowych mogą wchodzić w rachubę jedynie nieodwracalnie wypadające koloidy. Do nich należy przedewszystkiem fibryna, względnie fibrynogen, których, coprawda, niema w normalnym moczu, lecz których obecność wykazano w całym szeregu spraw chorobowych narządu moczowego. Porównywując swe doświadczalnie otrzymane kamienie złogów włóknikowych z naturalnemi kamieniami moczowemi, *Schade* znalazł istotnie pokrewieństwo genetyczne i na tej podstawie uważa, że w narządzie moczowym, zwłaszcza w pewnych stanach chorobowych, panują takie same stosunki jak w jego doświadczeniach. Powyższy ogólnikowy pogląd na powstawanie kamieni moczowych nie mówi jednak, jaki koloid odgrywa tu najważniejszą rolę; w każdym razie oprócz fibryny, która występuje w moczu człowieka zwłaszcza przy sprawach zapalnych, mają tu znaczenie również i inne ciała białkowe, jak np. paraglobulina, nukleoalbumina i t. d.

Pomimo jednak licznych badań *Schade'go* i innych, wiadomości nasze o etjologji i sposobie powstawania kamieni są jeszcze ciągle bardzo małe. Nie o wiele lepiej przedstawia się również i sprawa lecznictwa. Najważniejszy ze wszystkich zabiegów zachowawczych polega na tem, aby chorzy w możliwie jaknajsilniejszym stoniu przepłókiwali swój narząd moczowy. Pacjentom powinno się zalecać wypijać conajmniej 2 — 3 litry wody, limonjady, różnych herbat lub według *Rovsinga* 5—6 litrów przekroplonej wody, ew. w połączeniu z jakimkolwiek środkiem moczopędnym. W przypadkach, w których moczowody okazują zbyt wielką skłonność do trwałych stanów skurczowych i unieruchomiają w ten sposób znajdujące się w nich złogi, należy dążyć do osiągnięcia zwolnienia tych skurczów zapomocą atropiny, papaweryny i t. p. Z drugiej strony wskazanem jest wywoływanie mocnych skurczów moczowodów np. zapomocą Hypophysiny: postępowanie takie nie jest jednak pozbawione pewnego niebezpieczeństwa. Wobec tego, że *Schöndube* stosował zwykle Hypophysinę jednocześnie z uderzeniem wodnem, trudno rozstrzygnąć, co zdziałała Hypophysina, a co przyjęcie znacznej ilości płynu. Podwodna kąpiel kiszkowa nie dawała żadnych przekonywujących wyników. Jeżeli kamień nie odchodzi samoistnie, to należy zastosować metody wewnątrzpęcherzowe: cewnikowanie moczowodów, wstrzykiwania do moczowodów jałowej oliwy lub gliceryny, Alypiny lub Novocainy, rozszerzanie moczowodu zapomocą zakładania coraz grubszych cewników i t. p . Ostatecznie wchodzą wreszcie w rachubę zabiegi czysto chirurgiczne.

Co się zaś tyczy zapobiegania powtórnemu wytwarzaniu się kamieni, to we wszystkich podręcznikach znajdujemy szczegółowe wskazówki, omawiające zwłaszcza zagadnienia dietetyczne.

W przypadkach kamieni moczanowych zaleca się ograniczanie pokarmów zawierających kwas moczowy, to znaczy mięsa, a zwłaszcza obfitujących w związki purynowe narządów wewnętrznych, jak grasica, wątroba, nerki, mózg i t. d. oraz solonych ryb (sardynki, sardele, śledzie). Następnie dążymy zapomocą podawania znacznej ilości wód zasadowych (Gieshübler, Wildungen, Faschingen i t. d.) do rozcieńczania moczu i do zmniejszenia nadmiernie kwaśnego odczynu, który sprzyja wypadaniu kwasu moczowego. Ponadto należy podawać Natrium bicarbonicum, piperazinę i inne odpowiednie preparaty.

W przeciwieństwie do postępowania przy kamieniach moczanowych powinno postępowanie przy kamieniach fosforanowych przedewszystkiem mieć na celu zakwaszenie moczu, gdyż tutaj zasadowy odczyn moczu przedstawia najważniejszy czynnik przyczynowy. W przypadkach fosfaturji zalecamy właśnie te potrawy, które uważamy za wzbronione w skazie moczanowej, coprawda z tem ograniczeniem, że należy unikać pokarmów obfitujących w związki wapniowe, mleka, jajek, świeżych jarzyn, owoców i t. d., gdyż zwiększają one zasadowość moczu. Ilości przyjmowanych płynów nie należy zwiększać; rozumie się samo przez się, że również i wody zasadowe nie wchodzą tu w rachubę. Z pośród leków dla zwiększenia kwasoty moczu zaleca się zwykle kwas fosforowy, rozcieńczony kwas solny, kwas salicylowy, chlorek amonu i kurację atropinową według *Umbera*. Istotnego znaczniejszego zakwaszenia moczu prawie nigdy nie udawało się autorowi osiągnąć. W przypadkach kamieni szczawianowych staramy się ograniczyć dowóz kwasu szczawiowego, zmniejszyć jego wchłanianie z przewodu pokarmowego i nie dopuszczać do wypadania szczawianu wapnia w moczu, do czego mają służyć możliwie kwaśny odczyn moczu oraz obecność kwaśnych fosforanów i magnezji. Dieta jest podobna do diety

chorych dotkniętych fosfaturją, przyczem należy, oczywiście, zakazać lub ograniczyć spożywanie pokarmów zawierających kwas szczawiowy, jak np. pomidorów, rzodkwi, szpinaku, rabarbaru, szparagów, kakao i czekolady.

Wiele przepisów, teoretycznie może nawet uzasadnionych, posiada w praktyce znaczenie bardzo ograniczone, a czasami mogą one, według zdania autorów, okazać się nawet bezpośrednio szkodliwe. Wynika to już choćby z tego względu, że większość wszystkich kamieni nerkowych przedstawia postacie mieszane i że nawet u jednego i tego samego pacjenta mogą się kolejno wydzielać kamienie niekoniecznie zawsze jednakowego składu i jednakowej budowy. Może się np. zdarzyć, że pacjentowi, który wydzielił kamień moczanowy, udzielimy wskazówek mających na celu zalkalizowanie moczu i przyczynimy się w ten sposób do powstania następnego kamienia, tym razem fosforanowego. Z powyższych względów autorzy dochodzą do wniosku, że dla wszystkich postaci kamieni da się utrzymać, jako najodpowiedniejsza, tylko jedna metoda, a mianowicie przyjmowanie przez długi czas znacznych ilości płynów, któreby mogły utrzymać w zawiesinie wypadające z roztworu sole; wskazanem byłoby, aby chorzy dotknięci kamicą nerkową, przestrzegali np. dwa razy w tygodniu takie „mokre dnie", podczas których wypijaliby możliwie jaknajwięcej wszelkich napojów. Z pośród wszelkich innych przepisów przeciwko kamieniom nerkowym zaledwie bardzo nieliczne mogłyby pozyskać szersze uznanie, jako choćby częściowo uzasadnione.

Dr. K. HARTL, Klin. Wewn. Uniw. w Kolonji.

DOOTRZEWNOWE WSTRZYKIWANIA SALYRGANU.

(Referat według Klin. Wschr. 1933, Nr. 4).

Autor omawia wyniki dootrzewnowych wstrzykiwań Salyrganu. Spostrzeżenia jego dotyczą 3 pacjentów. Pierwszy chory cierpiał od wiosny 1929 r. na niewyrównaną niedomogę serca i przewlekłe zmiany nerkowe. Czterokrotnie udało się osiągnąć przywrócenie równowagi krążenia zapomocą naparstnicy, strofantyny i Salyrganu, za piątym razem działanie dożylne leczenia salyrganowo - strofantynowego (+ chlorek amonu i kwas dehydrocholowy) okazało się niewystarczające. Waga chorego, która w okresie wyrównania wynosiła 68 kg, podniosła się z powodu obrzęków do 86 kg. Wobec bezskuteczności dotychczasowego sposobu leczenia dokonano po nakłuciu brzusznem i wypuszczeniu płynu z jamy otrzewnowej dootrzewnowego wstrzyknięcia 6 cm^3 Salyrganu i 2 cm^3 Digalenu. Oprócz Salyrganu chory otrzymał 100 cm^3 Mixturae solventis i 3 razy dziennie po 0,1 naparu z naparstnicy. Dowóz płynu wynosił 800 — 1000 cm. Zachowanie się diurezy uwidacznia poniższa tablica:

Dzień	Waga ciała	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Leczenie
15.VI	81,5	500	1010	6 cm³ Salyrganu dożylnie
16.VI	83	150	1013	
17.VI	85	450	1010	
18.VI	85,5	350	1011	
19.VI	86	600	1012	
20.VI	86	8500	1006	6 cm³ Salyrganu dootrzewnowo, ponadto nakłucie puchliny brzusznej
21.VI	80	6800	1007	
22.VI	75,5	4400	1006	
23.VI	70	2300	1007	
24.VI	70	1650	1007	
25.VI	69,7	1500	1005	
26.VI	70,5	1300	1010	

Dootrzewnowe więc wstrzyknięcie Salyrganu okazało znakomity wpływ moczopędny, pomimo że poprzednie wstrzyknięcia dożylne zawiodły zupełnie. Następnych wstrzykiwań dootrzewnowych dokonywano już bez jednoczesnego pomocniczego wypuszczania płynu z jamy brzusznej. Skuteczność tych wstrzykiwań była doskonała, chociaż wynik ogólny był mniejszy zarówno z powodu stosowania mniejszych dawek jak i poprawy obrazu chorobowego. Na uwagę zasługiwało ujawnianie się działania moczopędnego Salyrganu jeszcze w ciągu kilku dni po wstrzyknięciu dootrzewnowem, co przy stosowaniu dożylnem zdarza się naogół bardzo rzadko. Nadzwyczajne zmniejszenie się wagi (z 86 do 70,5 kg) w ciągu kilku dni chory zniósł zupełnie dobrze. Następnie chory otrzymał jeszcze kilka wstrzykiwań dootrzewnowych po 2 cm³ Salyrganu, dzięki którym waga ciała obniżyła się do 66,5 kg. Chory został wypisany ze szpitala z bardzo dużą poprawą. Podobne wyniki osiągnął autor również i u dwóch dalszych pacjentów:

Nazwisko	Rozpoznanie	Dzień	Waga ciała	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Leczenie
K. H.	Concretio cordis z zastoinową wątrobą	2.V	72,5	600	1015	2 cm³ Salyrganu dożylnie
		3.V	73	300	1015	
		4.V	73,2	400	1020	
		6.V	72.6	400	1022	
		7.V	73,3	2300	1008	2 cm³ Salyrganu dootrzewnowo
		8.V	70,8	1000	1015	
		9.V	69	800	1018	
		10.V	70,4	500	1025	
P. W.	Niewyrównana rozedma z zastoinową wątrobą i obrzękami kończyn dolnych	19.VI	83,5	600	1012	2 cm³ Salyrganu dożylnie
		20.VI	83,7	500	1018	
		21.VI	83,4	300	1028	
		22.VI	84,4	2400	1012	2 cm³ Salyrganu dootrzewnowo
		23.VI	82,5	1200	1014	
		24.VI	81,2	800	1016	

Salyrgan, wstrzykiwany dootrzewnowo, rozcieńczano zawsze uprzednio fizjologicznym roztworem soli kuchennej do objętości 10 cm^3. Naparstnicę podawano w takich samych dawkach jak pierwszemu pacjentowi. Dla zwiększenia diurezy podawano Mixtura solvens.

Wydaje się, że ważnem dla działania moczopędnego jest w tych przypadkach wstrzykiwanie Salyrganu w bezpośredniem sąsiedztwie zakresu żyły wrotnej. Za przyczynę działania moczopędnego Salyrganu uważa się obecnie wytwarzanie połączenia rtęciowo-żółciowego, mającego swe źródło w wątrobie; połączenie to przedostaje się z żółcią do kiszek, wchłania się do krwiobiegu i wywołuje diurezę. Możliwe, że w ten sposób należałoby tłumaczyć 3—4 godzinny okres utajenia przed wystąpieniem diurezy, który obserwuje się zawsze również i przy dootrzewnowem stosowaniu Salyrganu. Przy wstrzykiwaniu dożylnem znaczna część rtęci, która wydziela się natychmiast przez nerki, zostaje bezużytecznie stracona. Ta strata jest przy wstrzykiwaniu dootrzewnowem prawdopodobnie mniejsza, wobec czego wytwarzanie związku czynnego musi być odpowiednio większe. Mniejsza szybkość wchłaniania z jamy otrzewnowej warunkuje dłuższe trwanie działania moczopędnego. Żadnych oznak klinicznych jakiegokolwiek uszkodzenia nerek lub wątroby autor nie spostrzegał, pomimo że pierwszy pacjent (Nephritis chronica!) otrzymał dootrzewnowo w ciągu jednego miesiąca 14 cm^3 Salyrganu. Na podstawie wyników, osiągniętych przez autora, wydaje się wskazanem, aby w przypadkach puchliny zastoinowej, niedostatecznie reagującej lub wcale niereagującej na dożylne wstrzykiwania Salyrganu, dokonać próby podawania dootrzewnowego.

Dr. GRUBEL, Lubeka (Sanatorjum Strecknitz).

PROMINAL.

(Referat według Med. Welt. 1932, Nr. 43).

Epileptycy, jeszcze zdolni do pracy, obawiają się zwykle nasennego ubocznego działania Luminalu, które może ograniczyć ich zdolność do wykonywania obowiązków zawodowych; z tego właśnie względu epileptycy tej kategorji zażywają Luminal nieregularnie lub w niedostatecznej dawce, co doprowadza zkolei do częstszego występowania napadów padaczkowych lub ich równoważników i zmusza nawet czasami do umieszczania chorych w odpowiednich zakładach leczniczych. Wprowadzenie do lecznictwa Prominalu, nowego środka przeciwpadaczkowego, zbliżonego do Luminalu, lecz pozbawionego działania nasennego, okazało się cennem wzbogaceniem naszego skromnego dotychczas arsenału środków przeciwepileptycznych. Z chemicznego punktu widzenia przedstawia Prominal N-metylo-etylo-fenylo-malonylo-mocznik. Odległość między działaniem przeciwpadaczkowem i nasennem Prominalu jest większa niż u wszystkich znanych dotychczas związków, dzięki czemu w przeciętnych,

zwykle stosowanych dawkach nie okazuje on żadnego działania nasennego i nadaje się wobec tego szczególnie dla stosowania w praktyce ambulatoryjnej.

Autor stosował Prominal w dawkach po 0,1 — 0,3 g na dobę i ani razu nie stwierdził jakichkolwiek niepożądanych objawów działania ubocznego. W jednym przypadku chory w ciągu 4 dni otrzymywał bez żadnej szkody nawet po 0,6 g dziennie. Dawka skuteczna znajduje się między 0,2 i 0,4 g na dobę. Przejście od Luminalu do Prominalu lub naodwrót powinno się koniecznie odbywać w sposób stopniowy. Autor zwiększał dawkę Prominalu co 2 dni o 0,05 g (— 0,05 Luminalu).

Działanie przeciwpadaczkowe Prominalu jest conajmniej równowartościowe działaniu Luminalu, natomiast nowy preparat posiada nad Luminalem tę cenną przewagę, że nie powoduje wcale senności. Z tego właśnie względu Prominal przedstawia zwłaszcza dla licznych lżejszych przypadków padaczki z praktyki ambulatoryjnej najodpowiedniejszy środek leczniczy i zasługuje na uwagę ogółu lekarzy.

Dr. M. CRITCHLEY, Londyn i dr. F. R. FERGUSON, Manchester.

MIGRENA.

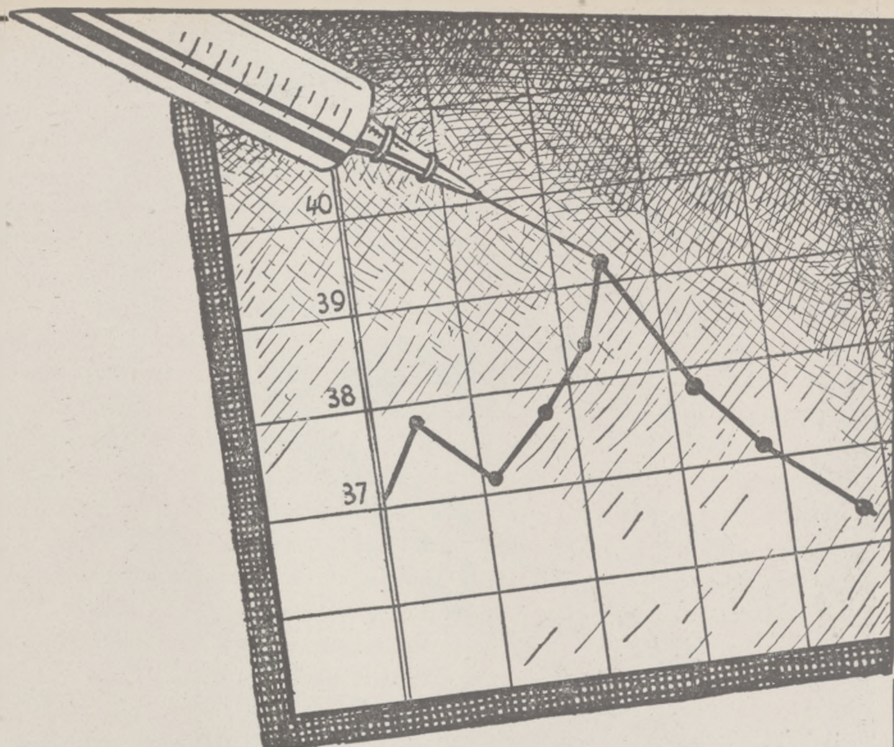
(Referat według Lancet 1933. Nr. 5709).

Zawiłe zagadnienie migreny obejmuje tyle typów i odmian, że wszelkie podziały są bardzo trudne do przeprowadzenia. Różnorodne postacie migreny, ujmowane z objawowego lub etjologicznego punktu widzenia, wymagają odpowiedniego, indywidualnie dostosowanego sposobu leczenia. Przy typie „odżywczym“ czynność wątroby odgrywa niewątpliwie dużą rolę. Rozpoznanie różniczkowe między migreną brzuszną a pochodzącą z pęcherzyka żółciowego bywa często bardzo trudne. W jednym np. przypadku uporczywej migreny cholecystektomja pozostała bez wpływu na przebieg cierpienia, natomiast leczenie glukozą i kwasami żółciowemi doprowadziło do tego, że od 7 miesięcy napady zupełnie ustąpiły, podczas gdy poprzednio występowały one co 4 tygodnie. Według *Critchley'a* i *Fergusona* czynnikiem etjologicznym jest zresztą przeważnie nie schorzenie pęcherzyka żółciowego, lecz raczej dysfunkcja samej wątroby, tak że tu główną rolę leczniczą powinna odgrywać dieta, unikanie tłuszczów, alkoholu, kawy, czasami również i jajek; jednocześnie wskazane są środki

żółciopędne jak Magnesium sulphuricum; w przypadkach zaś dyskinezji pęcherzyka żółciowego podaje się ponadto ew. atropinę lub belladonnę.

Zapatrywania na znaczenie różnych pokarmów, jako na czynniki etjologiczne migreny, nie są przeważnie ustalone i postępowanie lecznicze opiera się tu mniej lub więcej na empirji. Jeżeli brak ściślejszych danych, otrzymanych ew. na sposób testów astmatycznych, to można dokonać prób z dietą bezwęglowodanową, następnie ew. pozbawioną białka zwierzęcego i wreszcie bezpurynową, o ile wogóle podejrzewamy, że pożywienie może być w danym przypadku przyczyną migreny. Typ migreny zależnej od zaburzeń przemiany materji ustalono na podstawie wykazania acetonu w wydychanem przed napadem powietrzu i zmian rezerwy alkalicznej podczas napadu. Odpowiedniemi zabiegami leczniczemi w takich przypadkach jest odstawienie tłuszczu oraz podawanie glukozy i zasad; z drugiej jednak strony również i dieta ketotwórcza doprowadzała jakoby często do celu. Według niektórych autorów napady migreny mogą być wywoływane przez niedostateczny rozkład białka w przewodzie pokarmowym, wobec czego proponowano dietę bezbiałkową i podawanie Bacillus acidophilus. Pewne znaczenie przy powstawaniu napadów migreny mogą mieć również i zaburzenia w moczanowej i węglowodanowej przemianie materji. W związku z dużemi postępami w dziedzinie badań nad alergją, na szczególne zainteresowanie zasługuje „alergiczny typ migreny", który może nam dostarczać dokładnych dowodów uczulenia, jak np. szybkie występowanie napadu po spożyciu czekolady; w innym przypadku wystąpił wstrząs anafilaktyczny w postaci migreny po zjedzeniu grochu, przyczem stwierdzono jednocześnie wyraźny spadek liczby leukocytów. Zażywanie peptonu przed jedzeniem szkodliwych pokarmów sprawiło, że zamiast napadu występowały jedynie lekkie dreszcze i wrażenie osłabienia. Również i stosowane co tydzień w ciągu dwóch miesięcy wstrzykiwanie surowicy końskiej może sprowadzić odczulenie. W przypadkach typu „naczynio-ruchowego", zbliżonego zasadniczo do typu alergicznego, uznaje się za przyczynę napadów obrzęk wewnątrzczaszkowy. Pomyślne wyniki terapji wapniowej znane są przy leczeniu pewnych postaci migreny już oddawna; stosuje się w tym celu zwykle mleczan wapnia, który podaje się w godzinach porannych, przed zbliżającym się napadem. Naczynioruchowej postaci migreny można przeciwstawić typ„współczulny", polegający, prawdopodobnie, na spastycznym skurczu drobnych tętniczek mózgowych. Dobre wyniki stosowania ergotaminy potwierdzają słuszność tego zapatrywania. Dla zwiększenia progu pobudliwości w stosunku do bodźców współczulnych podaje się naświetlaną ergosterynę (Vigantol) i wapń. Usuwanie pierwszego współczulnego zwoju piersiowego i dolnego szyjnego działało, coprawda, pomyślnie, lecz zabieg ten nie jest jednak obojętnym.

Co się tyczy dalszych typów, to należy tu przedewszystkiem wspomnieć o przecenianym dawniej związku z zaburzeniami ocznemi, chociaż jednak i nadal każdy przypadek uporczywej migreny powinno się uważać za wskazanie do


40
39
38
37

dokładnego zbadania oczu. Również i schorzenia zatok prowadzą w pewnym odsetku przypadków do prawdziwej migreny. Związek między nerwobólami, gośćcem mięśniowym i zapaleniem nerwów barkowych zdarza się nierzadko, w przypadkach takich wskazane jest leczenie salicylowe, terapja fizykalna i miejscowe wstrzykiwania Impletolu. Przy prawdziwym nerwobólu głowy stosuje się ew. wstrzykiwania alkoholu do zwoju Gassera. Niektóre przypadki pozwalają na rozpoznanie postaci paraepileptycznej i reagują na bromki, Luminal i dietę ketotwórczą. Niejednokrotnie spostrzegano objawy migreny w przypadkach guzów mózgowych. Przypuszczenie *Spitzera,* który uznaje za przyczynę migreny wrodzone zmiany w Foramen Monroi, autorzy uważają za niedowiedzione i mało prawdopodobne. Odnośnie do możliwości etjologji wewnątrzwydzielniczej, wydaje się, że istnieje przedewszystkiem zależność migreny od przysadki i jajników, za czem przemawia częsty związek z miesiączkowaniem oraz ustępowanie choroby podczas ciąży lub po menopauzie. Pomyślny wpływ okazują wyciągi z przedniego lub tylnego płata przysadki, podawane podskórnie lub doustnie (stosowano je przez 3 — 4 lata) oraz hormon łożyskowy *Collipa.* Również i follikulina była w stanie wyleczyć bóle głowy pochodzenia jajnikowego. *Thomson* wyraża pogląd, że nieprawidłowe kostnienie w okolicy siodełka tureckiego może utrudniać rozwój przysadki i być przyczyną silnych bólów głowy; *Critchley* i *Ferguson* są jednak zdania, że pogląd *Thomsona* nie odpowiada rzeczywistości.

Badania nad migreną byłyby niepełne, gdybyśmy nie wspomnieli o pochodzeniu psychicznem. Współudział ilościowy czynnika psychicznego jest jednak przeważnie trudny do określenia. Pojedyncze przypadki, w których zapomocą psychoanalizy udało się rozpoznać migrenę jako ujście dla przytłumionej złości lub jako sposób zwracania na siebie uwagi otoczenia, rzucają jednak pewne światło na omawiany związek. Przepracowanie, troski i „nerwowość" bywają, jak to powszechnie wiadomo, również częstą przyczyną bólów głowy.

Po rozważeniu znaczenia wszystkich wymienionych czynników etjologicznych migreny musimy się szczerze przyznać, że „istotnej" przyczyny napadów dotychczas nie znamy. Jeżeli zapatrywać się na migrenę, jako na wyraz zaburzeń naczynioruchowych ze skurczami tętnic mózgowych, przeważnie gałęzi wewnętrznej tętnicy szyjnej, to stan taki mogą wywoływać różnorodne, zarówno ośrodkowe jak i obwodowe czynniki oraz sprzyjające warunki konstytucyjne. Jedynie zebranie szczegółowych wywiadów oraz dokładne zbadanie prowadzą na właściwą drogę leczniczą. Podczas samego napadu wskazanem jest przebywanie w ciemnym pokoju oraz przyjmowanie Pyramidonu z Veronalem, Phenacetyny lub Compralu. Leczenie w okresie międzynapadowym powinno się opierać na znalezionych danych etjologicznych. W przypadkach bardzo ciężkich należy myśleć o zabiegu chirurgicznym dla zmniejszenia ciśnienia (np. dekompresja podskroniowa).

Prof. dr. GÄNSSLEN, Poliklinika Chor. Wewn. w Tubindze.

OBECNY STAN NASZYCH WIADOMOŚCI O NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ I O JEJ LECZENIU.

(Referat według Med. Welt. 1932, Nr. 46 i 47).

Nie ulega obecnie już żadnej wątpliwości, że niedokrwistość złośliwa powstaje w znacznej większości przypadków na konstytucjonalnem, dziedzicznem podłożu. Przekonywującym dowodem słuszności tego poglądu mogą być drzewa genealogiczne rodzin, w których np. w trzech pokoleniach stwierdza się 8 przypadków niedokrwistości złośliwej. Poszukiwania anamnestyczne autora wykazały, że w 15% przypadków już na wiele lat przed ujawnieniem się objawów niedokrwistości złośliwej stwierdzano u chorych oznaki braku kwasu solnego lub bezsoczności żołądkowej. Dowodzi to, że achylia z pewnością nie jest skutkiem niedokrwistości.

Najskuteczniejszem leczeniem niedokrwistości złośliwej jest przeprowadzenie konsekwentnej terapji wątrobowej. Pewne działanie lecznicze okazują również i preparaty z błony śluzowej żołądka. Autorzy amerykańscy byli zdania, że czynnik przeciwanemiczny powstaje jakoby przy zetknięciu się prawidłowego soku żołądkowego z białkiem mięsnem. Również i *Gänsslenowi* udało się wytworzyć czynny wyciąg ze śluzówki żołądka. Prawidłowy sok żołądkowy wywoływał w doświadczeniach na szczurach takie same zwiększenie się ilości retikulocytów jak Campolon lub wyciąg z normalnego żołądka. Natomiast sok żołądkowy chorych, dotkniętych niedokrwistością złośliwą, pozostawał zupełnie bez wpływu. Również i spostrzegane czasami występowanie niedokrwistości złośliwej po resekcji lub całkowitem wycięciu żołądka przemawia za znaczeniem soku żołądkowego.

W ostatnich latach doszukiwano się przyczyny niedokrwistości również i w zwężeniach, skurczach i uchyłkach. Również i zmienioną florę kiszek cienkich uznawano, jak wiadomo, za wywołujący czynnik anemji złośliwej; pod wpływem leczenia wyciągami wątrobowemi patologiczna flora kiszek cienkich ma jakoby szybko znikać. Gdyby tak było istotnie, to zmiany te powinnyby według *Gänsslena* zależeć od obwodowych wpływów naczyniowych wyciągu wątrobowego. Różnorodne stosunki wzajemne między schorzeniami żołądkowo-kiszkowemi i anemją złośliwą przemawiają za tem, że przy wszystkich tych cierpieniach prawidłowy przebieg trawienia i wchłaniania został zakłócony. Częstsze występowanie przypadków niedokrwistości na wiosnę i latem zależy, prawdopodobnie, od niezupełnie odpowiedniego pożywienia lub też od niedostatecznego rozkładu pokarmu przez bakterje.

Niedokrwistość złośliwą należy więc uważać za pewnego rodzaju przewlekłe zaburzenie odżywiania, przy którem wskutek schorzenia przewodu pokarmo-

wego związki krwiotwórcze nie wchłaniają się w dostatecznej ilości. Jako czynniki chorobotwórcze należy tu przedewszystkiem wymienić odziedziczone anomalje przewodu pokarmowego, następnie sprawy zakaźne, obecność pasorzytów i t. d. Te ostatnie nie mają jednak większego znaczenia. Leczenie wątrobowe przysparza ustrojowi brakujących związków, które znowu skierowują czynność szpiku kostnego na prawidłowe tory. Zaburzenia żołądkowo-kiszkowe nie ulegają jednak prawie żadnym zmianom.

Doustne podawanie wątroby natrafiało zwykle na bardzo duże trudności i niezawsze okazywało się skuteczne. Znacznie lepsze wyniki daje leczenie zapomocą wstrzykiwań wyciągu wątrobowego, Campolonu. W ciągu długich lat kuracji należy jednak co pewien czas korzystać również z doustnego sposobu podawania wątroby i wracać znowu do wstrzykiwań gdy tylko ukażą się pierwsze, choćby najlżejsze zwiastuny pogorszenia lub nawrotu. W ten sposób przy konsekwentnem przeprowadzaniu kuracji udaje się nietylko utrzymać chorych przy życiu, lecz uczynić ich zdolnymi do pracy. W ciągu ostatnich trzech lat autor miał możność leczenia 80 pacjentów, dotkniętych niedokrwistością złośliwą. Szczególnie dobre wyniki dawał w klinikach pozbawiony obecnie białka i stężony wyciąg wątrobowy Campolon. Zdarzające się czasami przypadki niepowodzenia kuracji wstrzykiwaniami polegają z pewnością na niedostatecznem dawkowaniu, tak że u pacjentów niereagujących na energiczne leczenie wątrobowe należy odrzucić rozpoznanie niedokrwistości złośliwej.

Przeciętnie wstrzykuje się codziennie 1 ampułkę Campolonu dopośladkowo, lub też wstrzykuje się pierwszego dnia 1 ampułkę, a następnie w razie dobrej tolerancji zwiększa się dawkę do 2 ampułek dziennie (w jednej strzykawce), aż do chwili gdy po 6 — 12 dniach wystąpi silny przełom retikulocytów; wtedy można znowu powrócić do jednej ampułki dziennie. Można również stosować „uderzenia wątrobowe" i dojść do celu zapomocą niewielu wstrzykiwań dużych dawek. Żadna szczególna dieta i inne leki nie są potrzebne, jedynie wskazanem jest podawać zawsze przez dłuższy czas kwas solny, a dla ew. szybkiego przezwyciężenia biegunek — preparat węglowy. Jeżeli — przeciętnie po 5 — 7 tygodniach — obraz krwi powraca już zupełnie do normy, to jednak należy nadal przez dłuższy czas stosować wstrzykiwania, aby utrwalić osiągniętą poprawę. W praktyce popełnia się przeważnie ten błąd, że wstrzykuje się za mało i nie wykorzystuje się w zupełności tego wyniku, jaki Campolon może zapewnić. Należy o tem pamiętać, gdy się chce przywrócić choremu całkowitą zdolność do pracy i poczucie zupełnego zdrowia.

Przy stałem leczeniu i jeżeli chory znajduje się pod staranną opieką i podlega częstej kontroli krwi, wolno w pomyślnym przebiegu sprawy przerwać leczenie na tygodnie lub nawet miesiące. Zimą jednak i na wiosnę zdarzają się często niebezpieczne nawroty, wobec czego należy tu postępować zapobiegawczo, gdyż każde dołączające się powikłanie pogarsza widoki na wyleczenie. Postępując w powyższy sposób, *Gänsslen* w ciągu ostatnich 3 lat z pośród swych

80 chorych, dotkniętych niedokrwistością złośliwą i leczonych Campolonem, stracił zaledwie trzech. 15 pacjentów chorowało na anemję już od 4—10 lat. Trzej zmarli nie mieli możności częstszego zasięgania porady lekarskiej i przeprowadzali kurację wstrzykiwaniami w sposób niedostateczny.

Zaburzenia rdzeniowe, występujące w przebiegu niedokrwistości złośliwej, są bardzo odporne na leczenie, jednak i tutaj należy dążyć do osiągnięcia poprawy zapomocą długotrwałej kuracji. Wymaga to jednak dużej cierpliwości zarówno ze strony pacjenta jak i lekarza; nie należy przytem przedwcześnie rezygnować, gdyż, jak wykazują dane z piśmiennictwa, również i w tej dziedzinie jesteśmy w stanie osiągnąć pomyślne wyniki. Udaje się czasami przywrócić zdolność chodzenia chorym porażonym, którzy już od długiego czasu byli przykuci do łóżka; również i inne zaburzenia nerwowe cofają się czasem pod wpływem konsekwentnie przeprowadzonej energicznej kuracji Campolonem.

Dr. J. AENGENENDT, Klin. Pedj. Uniw. w Bonn.

DALSZE SPOSTRZEŻENIA NAD ZAPOBIEGANIEM KRZYWICY.

(Referat według Münch. med. Woch. 1932, Nr. 49).

Poradnie dla matek w Bonn stosują już od 5½ lat postępowanie zapobiegawcze w stosunku do krzywicy zapomocą Vigantolu. W grudniu roku 1926, gdy Vigantolu jeszcze nie podawano, odsetek dzieci, dotkniętych ciężkiemi postaciami krzywicy wynosił 11½%; w grudniu roku 1928 odsetek ten zmniejszył się dzięki Vigantolowi bardzo znacznie i wynosił zaledwie 0,3%. Słabsze objawy krzywicy stwierdzano w listopadzie 1927 r. jeszcze u 46,7% dzieci, a pod koniec grudnia 1928 już tylko u 3,2%. Podobnie pomyślne wyniki udało się osiągnąć również i w roku 1929. W roku 1930 ilość dzieci lekko chorych na krzywicę zwiększyła się w niewielkim stopniu, a w roku 1931 nawet dość znacznie. To zwiększenie się ilości przypadków krzywicy autor uzależnia od podawania zbyt małych dawek witaminy D. Przypuszczenie, że stosowane dawniej dla celów zapobiegawczych dawkowanie 2 × dziennie po 2 lub nawet po 1 kropli Vigantolu, jest niedostateczne, okazało się słuszne. Pod koniec zimy, czyli w okresie największej częstości krzywicy, nawet dawka 2 razy dziennie po 3 krople Vigantolu nie przedstawia pewnej ochrony przed krzywicą. Również i w innych porach roku dawka dobowa 2 × 2 krople niezawsze okazuje się wystarczająca. Gdy natomiast zwiększono dawkę dobową do 2 razy dziennie po 5 kropel, to pomyślne skutki tego postępowania ujawniły się prawie natychmiastowo. U dzieci, u których w porę zastosowano dawkę ochronną 2 × 5 kropel Vigantolu dziennie, zachodziła potrzeba wznowienia podawania Vigantolu dopiero w drugim roku życia, podczas gdy u dzieci, które otrzymywały mniejsze dawki, częstokroć już po upływie 6 miesięcy stwierdzano objawy złośliwej krzywicy.

Należy przyznać, że powyższe spostrzeżenia *Aengenendta* nie są zupełnie zgodne z danemi innych autorów co do wielkości zapobiegawczej dawki Vigantolu. Trzeba jednak przytem zwrócić uwagę na okoliczność, że materjał obserwacyjny *Aengenendta* składał się prawie wyłącznie z dzieci żyjących w bardzo złych warunkach higjenicznych; dzieci te były w swych mieszkaniach wystawione na działanie prawie wszystkich szkodliwych czynników, warunkujących powstawanie krzywicy.

Na podstawie spostrzeżeń, zebranych w ciągu dwóch ostatnich lat, autor obawia się, że przy zaprzestaniu środków ochronnych, liczba dzieci chorych na krzywicę może się znowu podnieść do poziomu z roku 1926 i to nawet pomimo odpowiedniego sposobu odżywiania. Większość dzieci, które przyniesiono do poradni dopiero po pierwszych trzech miesiącach życia oraz dzieci, których matki w ciągu ostatnich kilku miesięcy wcale nie zasięgały porad, wykazywały objawy postępującej krzywicy. Wynika z tego, że zapobiegawcze podawanie Vigantolu należy rozpocząć już w pierwszych trzech miesiącach życia dziecka. W słonecznej porze roku już mniejsze dawki Vigantolu mogą się okazać dostateczne; autor jednak jest zdania, że mimo to należy pozostać przy wspomnianej już dawce dobowej 2 × 5 kropel, gdyż jedynie ta dawka zapewnia bezwzględną ochronę. Tolerancja tej dawki zawsze była doskonała. Zwiększanie się wagi ciała oraz dobry wygląd i wesoły nastrój dzieci przedstawiają najlepsze dowody pomyślnego działania zapobiegawczego i leczniczego Vigantolu. Tysiące dzieci, którym przed laty podawano dla celów ochronnych większe dawki Vigantolu, znajdują się obecnie w znakomitym stanie zdrowia i nie wykazują żadnych oznak jakiegokolwiek niepożądanego działania ubocznego witaminy D.

DŁUGOŚĆ ŻYCIA PLEMNIKÓW.

Omawiając zagadnienie długości życia plemników, *Niederland* zwraca uwagę, że właściwie wszystkie nasze odnośne dane dotyczą raczej określania czasu, w ciągu którego plemniki zachowują swą zdolność wykonywania ruchów. Większość autorów przeważnie utożsamia długość życia i długość czasu poruszania się plemników, pomimo że na podstawie niektórych, niewyjaśnionych jeszcze dotychczas pytań niewiadomo, czy takie postawienie sprawy istotnie odpowiada stosunkom biologicznym. Długotrwałość zachowania zdolności do ruchów jest w warunkach biologicznych inna niż w warunkach doświadczalnych. Plemniki

znajdują w kobiecym narządzie płciowym pomyślne dla siebie warunki życiowe; poza tym narządem warunki te są znacznie gorsze. *Hoffmann - Haberda* określają przeciętną długość życia zdolnych do zapłodnienia plemników wewnątrz kobiecych narządów płciowych na 6 — 8 dni. Inni autorzy obliczają tę długość życia tylko na 3 — 4 dni. *Dührssen* w pewnym przypadku jeszcze w 3½ tygodnia post cohabitationem znalazł w jajowodzie żywe plemniki! *Niederland* uważa za pewne, że długość życia plemników jest większa niż to się naogół przyjmuje. Autor obserwował in vitro, przy ciepłocie pokojowej, jeszcze w 62 godziny post ejaculationem poruszające się naprzód plemniki; inni autorzy określają czas zachowania zdolności do ruchów na 48 godzin (*Kisch, Vaerting*). Najdłuższy spostrzegany przez *Niederlanda* czas poruszania się plemników wynosił 72 godziny (in vitro); w przypadku tym nie było jednak już ruchów naprzód, lecz stwierdzano tylko jakby mozolne drganie na miejscu pojedyńczych plemników. Odporność plemników przeciwko wszelkim możliwym wpływom jest niezwykle duża. W doświadczeniach na królikach, dokonywanych przez *Hammonda* i *Asdella* i polegających na przewiązywaniu nasieniowodu, plemniki utrzymywały się w nim przy życiu w ciągu 30 — 60 dni; po 40 dniach jeszcze 20% zwierząt z założoną przewiązką było zdolnych do zapłodnienia. *Wolf* obserwował ruchy plemników szczurzych jeszcze po upływie 9 dni. *Iwanowowi* udało się wywołać zapłodnienie u królika po przechowywaniu plemników poza ustrojem w ciągu 7 dni i u świnki morskiej po przechowaniu przez 8 dni. *Schmidt* znalazł u skazanego na śmierć przez powieszenie ruchome plemniki jeszcze po 42 godzinach od chwili zgonu a raz nawet po upływie 5 dni (122 godzin) od śmierci.

Walton badał wpływ temperatury na zachowanie się plemników. Temperatura 45° okazywała na plemniki wyraźny wpływ szkodliwy. Przy 37° długość życia poza ustrojem jest taka sama jak w ustroju. Przy niskiej ciepłocie (15°) plemniki utrzymywały się przy życiu przez 7 dni. Nawet w jednej próbówce ruchy plemników na powierzchni i w głębi były niejednakowe. Według *Pawłowa* plemniki różnych zwierząt stosunkowo łatwo znoszą obniżenie ciepłoty zewnętrznej i zamrażanie w ciągu 10 — 11 godzin. Ustanie ruchów plemników niezawsze oznacza ich śmierć, lecz może zależeć również od nadmiaru dwutlenku węgla lub obniżenia temperatury. Oczyszczenie otaczającego środowiska z dwutlenku węgla przywraca ruchy. Według *Cartera* zużycie tlenu od swego optimum przy p H 8,6 (Echinus miliaris w wodzie morskiej) obniża się powoli zarówno przy zmniejszaniu (do p H 9,2) jak i zwiększaniu stopnia kwasowości. Według *Knausa* plemniki zachowują swą zdolność zapładniania najwyżej w ciągu 3 dni, natomiast *Ogino* jest zdania, że żyją one dłużej (4 — 8 dni) i że w związku z tem również i zdolność zapładniania jest dłuższa. *Belonożkin* stwierdził, że nasienie pochodzące z przyjądrza (królika, byka) i przechowywane bez żadnych dodatków przy niskiej ciepłocie (2 — 3°), zachowuje żywe (ruchliwe) plemniki aż do 15 dni. Przy przechowywaniu

w przyjądrzu długość życia wynosiła tylko 11 dni, dodanie roztworów (Ringera, cukru) w obu przypadkach skracało życie plemników. Zawiesina nasienna utrzymuje się według *Grave'a* i *Downinga* tem dłużej przy życiu im bardziej jest stężona. Rozumie się, oczywiście, samo przez się, że również i stopień kwasoty ma duży wpływ na długość życia i ruchliwość. *Muschat* znalazł w wydzielinie gruczołu krokowego p H 7 — 7,4 (przeciętnie p H 7,24). Nasienie samo jest nieco bardziej zasadowe: p H — 7,5. Według *Jamane* i *Kato* nasienie konia znajduje najlepsze warunki życiowe przy p H 7,2 — 7,4. Jeżeli zawiesinę nasienia umieścić w roztworze dekstrozy z fosforanowemi moderatorami to (według badań *Jamane* w przeciwieństwie do *Belonożkina*) ruchliwość plemników utrzymuje się przez czas 10 do 20 razy dłuższy niż w czystem nasieniu.

Hivakawa i *Rhode* badali wpływ rozcieńczenia na długość życia plemników. *Hivakawa* uważa, że szkodliwy wpływ rozcieńczenia można zmniejszyć lub usunąć przez dodanie ługu sodowego. Według badań *Rhode'go* odczyn zasadowy nie wyłącza ujemnego czynnika rozcieńczenia, lecz plemniki (szczurów) stają się przy tym odczynie odporniejsze. Gdy rozcieńczenie końcowe zawiesiny zawartości przyjądrza dochodziło do 100 cm^3 płynu rozcieńczającego, to plemniki przy p H 4,5 — 8,3 prawie natychmiast traciły zdolność wykonywania ruchów; przy odczynie zasadowym ta utrata ruchów następowała w przybliżeniu o 1 minutę później niż przy odczynie kwaśnym. Jednak już przy dwu — lub trzykrotnie większem stężeniu plemników stwierdzano wyraźną różnicę przy odczynie zasadowym lub kwaśnym. Przy odczynie kwaśnym po upływie 2 godzin wszelkie ruchy ustawały zupełnie, przy odczynie zaś zasadowym między p H 7,4 — 8,3 ruchy jeszcze po 7 godzinach nie wykazywały prawie żadnych oznak osłabienia. Zamieranie plemników w granicach tego stężenia jonów wodorowych następowało prawie jednocześnie po 8 i pół godz., przyczem ostatnie ruchy obserwowano przy stężeniu p H 7,6 — 7,8. Jeżeli rozcieńczenie plemników było jeszcze mniejsze (1 : 10), to również i przy odczynie kwaśnym stwierdzano dłuższy czas życia (5 —6 godzin), a przy zasadowym nawet 9 — 10 godzin. Również i w tych warunkach plemniki najdłużej utrzymywały się przy życiu przy p H 7,6 — 7,8, tak że można to p H uważać za najodpowiedniejsze środowisko dla komórek nasiennych. Przy rozcieńczeniu 1 : 5, niezawierającem fosforanów, a tylko 0,9% NaCl, stwierdzono żywe ruchy plemników jeszcze po 20 godzinach.

J. Hynie dokonał doświadczeń nad sztucznem zapładnianiem świnek morskich plemnikami z jądra lub przyjądrza; plemniki te w zwykłych warunkach zamierają bardzo szybko; najlepszem środowiskiem, w którem plemniki zachowywały swą żywotność, był następujący roztwór: 4,3 glukozy i 0,2 Natrii bicarbonici w 100 Aq. dest. — przy p H 8. Najodpowiedniejszemi pozatem warunkami dla zachowania ruchliwości plemników było rozcieńczenie płynu z przyjądrza w stosunku 1 : 5, ciepłota pokojowa i ograniczenie dostępu po-

wietrza. Sztuczne zapłodnienie tym płynem udało się w 4 na 6 przypadków. *Barthélemy* znalazł najlepsze warunki dla zapłodnienia przy stężeniu NaCl wynoszącem 1,5% i p H 8,05 osiągniętem przez dodatek ługu sodowego. *Gellhorn* stwierdził, że dodanie $MgCl_2$ do płynu kontrolnego przedłużało czas życia plemników wszystkich badanych zwierząt zimno- i ciepłokrwistych i zwiększało ich ruchliwość. $BaCl_2$ natomiast działało na plemniki osłabiająco i skracało długość ich życia. $CaCl_2$, KCl i $SrCl_2$ działały pobudzająco na plemniki jeżowca morskiego. $CaCl_2$ działały pobudzająco, a KCl i $SrCl_2$ porażająco na plemniki żaby. Na plemniki świnki morskiej $CaCl_2$, KCl i $SrCl_2$ działają porażająco. Szczególne zachowanie się plemników jeżowca morskiego tłumaczy się przystosowaniem się do soli morskiej, które rozciąga się również i na $SrCl_2$, pokrewnemu $CaCl_2$. Długość życia plemników świnki morskiej jest w roztworze Ringera znacznie większa niż w izotonicznym roztworze NaCl. Wyciągi z jąder i jajników okazują na plemniki jeżowca morskiego i żaby (lecz nie świnki morskiej) wpływ pobudzający, wyciągi z innych narządów (tarczycy, grasicy, przysadki) pozostają bez wpływu. Ług przedłuża czas życia i zwiększa ruchliwość plemników świnki morskiej i jeżowca morskiego. Odporność plemników zwierząt z zapłodnieniem wewnętrznem i zewnętrznem w stosunku do zmian ciśnienia osmotycznego jest jednakowa. Pilocarpina (0,1%) i błękit trypanowy (2‰ do 0,001‰) działają na plemniki żaby pobudzająco, atropina (0,1—0,01‰), błękit metylenowy i czerwień obojętna (nawet w rozcieńczeniu 1 :1,000,000) — porażająco. Według *Uramoto* płyn mózgowo-rdzeniowy, wyciągi z wątroby, jąder, gruczołów chłonnych (szczurów), macicy (królików) i płyn ciałka szklistego wpływają na długość życia plemników w sposób pomyślniejszy niż fizjologiczny roztwór soli kuchennej, żółć, krew lub limfa; wyciągi z mięśni, żołądka i kiszek skracają życie plemników. Obojętne są: wyciągi z mózgu, przysadki, pęcherzyka nasiennego, gruczołu krokowego, płuc, pochwy, nadnerczy, gruczołów ślinowych, śledziony, płyn otrzewnowy oraz sole metali cieżkich ($HgCl_2$, $MgSO_4$, $ZnSO_4$, $FeSO_4$, $Bi(NO_3)_3$, ten ostatni związek w stężeniu od 1 : 25,000 do 1 : 100,000). Według *Hertwiga* również i związki akrydynowe hamują ruchy plemników.

Dr. E. J. Lichtmann, Wiedeń.

PHANODORM.

(Referat według Wien. med. Wschr. 1932, Nr. 27).

Lichtmann chętnie stosuje Phanodorm zwłaszcza w przypadkach chorób przewlekłych:

1) w starczych zaburzeniach snu arterjosklerotyków; pacjenci budzą się z uczuciem zupełnej świeżości.

2) przy zaburzeniach snu u chorych dotkniętych niewyrównanemi wadami serca, u których sama naparstnica już nie wystarcza, a morfina jest przeciw-

wskazana. Na szczególną uwagę zasługuje przytem okoliczność, że Phanodorm nie okazuje żadnego szkodliwego wpływu na czynność serca i krążenie krwi.

3) w bezsenności powstałej na tle urazów psychicznych, zwłaszcza gdy działanie bromu okazuje się niedostateczne.

W przypadkach zaburzeń psychicznych o charakterze depresyjnym, w których jak wiadomo, pacjenci mają częstokroć skłonności samobójcze, Phanodorm jest według autora środkiem najodpowiedniejszym, gdyż dawka toksyczna i śmiertelna tego preparatu jest bardzo odległa od dawki czynnej. Różnica między dawką skuteczną i szkodliwą jest przy Phanodormie wyjątkowo duża.

4) przy bezsenności nieznanego pochodzenia. Autor opisuje np. rodzinę, w której jest domowym lekarzem i w której matka, córka i syn cierpią już od wielu lat na występującą bez żadnego uchwytnego powodu okresową bezsenność. Działanie Phanodormu okazało się u tych pacjentów znakomite, podczas gdy inne liczne, poprzednio stosowane środki nasenne nigdy nie dawały tak pomyślnych wyników.

Spostrzeżenia autora dotyczą wielu setek przypadków, przyczem ani razu nie zauważono żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. Pacjenci, którzy zażywali Phanodorm — z niewielkiemi przerwami — nawet w ciągu miesięcy i lat, nigdy nie potrzebowali zwiększać dawki ponad 0,3 g, co dowodzi, że się organizm do Phanodormu nie przyzwyczaja.

Autor zaczyna zwykle od 0,1 g Phanodormu pro die, następnie w razie potrzeby zwiększa dawkę do 0,2 g, najwyżej do 0,3 g; po 2—3 miesiącach autor zamiast Phanodormu podaje przez 2 tygodnie preparat bromowy, poczem zwykła dawka Phanodormu okazuje się znowu zupełnie dostateczna.

Prof. dr. D. KOCOWSKI, dyrektor Sanatorjum dla chorych nerwowych w Chisinau (Rumunja).

SYMPTOMATOLOGJA KIŁY UTAJONEJ.

W praktyce codziennej często się zdarza, że lekarz waha się i zastanawia nad rozpoznaniem kiły utajonej. Ani badanie fizykalne, ani szczegółowe wywiady nie dają przeważnie dostatecznych podstaw do rozpoznania kiły bez wykonania odczynu Wassermanna. W przypadkach takich chorzy nie udzielają naogół żadnych ścisłych wskazówek i najczęściej nie przypuszczają nawet, że mogą być dotknięci kiłą. Lekarz nie znajduje blizny zakażenia pierwotnego, ani też żadnych charakterystycznych zmian skórnych, któreby mogły skierować rozpoznanie na właściwe tory; zmiany gruczołowe zaś są zbyt banalne, aby same mogły rozstrzygnąć o diagnozie.

U wielu pacjentów obawa, iż są może chorzy na kiłę, przyjmuje czasami charakter fobji. U takich osobników należy bezwzględnie zbadać krew na odczyn Wassermanna, aby ostatecznie rozstrzygnąć rozpoznanie. Pacjenci tacy leczą

się przeważnie u praktyków ogólnych lub u neurologów. Często mieliśmy sposobność spostrzegać w naszej praktyce osobników neurastenicznych tej kategorji, którzy na pierwszy rzut oka wydawali się zupełnie zdrowi, a mieli jednak wybitnie dodatni odczyn Wassermanna.

Nasze spostrzeżenia, dotyczące tej kategorji chorych, obejmują materjał 48 pacjentów; 35 chorych miało od 25 do 35 lat, pozostali byli w wieku do 40 lub nawet 50 lat. Chorzy ci skarżyli się na dokuczliwe bóle głowy, zwłaszcza nad ranem oraz na brak uczucia wypoczynku pomimo dobrze przespanej nocy. Następnym objawem było stopniowo postępujące osłabienie mięśniowe. Waga chorych obniżała się. Chorzy zaledwie z największym wysiłkiem woli mogli wykonywać swe zwykłe obowiązki. Charakterystycznemi objawami ponadto były: uogólnione swędzenie, szczególnie wieczorem oraz lekkie dreszcze, podnoszące ciepłotę o kilka kresek. Chorzy skarżyli się na wypadanie włosów, apatję, zmianę ich zwykłego usposobienia, które nabierało cechy melancholji. U osobników starszych na wszystkie te objawy nie zwraca się przeważnie większej uwagi i kładzie się je na karb początków starości.

Na podstawie swych spostrzeżeń i długoletnich obserwacyj autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Powyżej opisany zespół objawów przy braku danych przedmiotowych i wskazówek anamnestycznych powinien zwrócić naszą uwagę i nasunąć podejrzenie istnienia podłoża kiłowego.

2. W przypadkach niezgadzania się chorego na zbadanie krwi, wskazanem jest przeprowadzenie łagodnej kuracji rtęciowej lub bizmutowej.

3. Wczesne zbadanie krwi jest rzeczą pierwszorzędnej wagi; nawet jednak w przypadkach wyniku ujemnego wskazanem jest dokonanie próby reaktywacji.

Dr. M. SCHÜLEIN, Monachjum.

O STOSOWANIU RIVANOLU W PRAKTYCE CODZIENNEJ.

(Referat według Ther. Berichte, tom IV, z. 3).

Rivanol nie zajmuje jeszcze w codziennej praktyce chirurgicznej należnego mu stanowiska, pomimo że przedstawia on idealny środek antyseptyczny dla wszystkich wymagań praktyki codziennej. Z chemicznego punktu widzenia przedstawia Rivanol mleczan 2-etoksy- 6,9 dwuamino—akrydyny. Wyróżnia się on swym wybitnym swoistym wpływem na wszystkie ropotwórcze ziarenkowce, przyczem na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że nie wywiera on żadnego szkodliwego działania na tkanki. Wielka przewaga Rivanolu nad innemi środkami odkażającemi polega na tem, że działa on nietylko na warstwy powierzchowne, lecz że działanie jego przenika również w głąb tkanek.

Stosowanie Rivanolu w praktyce jest nadzwyczaj proste. Autor korzysta zwykle z tabletek po 0,1 g Rivanolu. Połowę takiej tabletki rozpuszcza się w wodzie, w odpowiedniem naczyniu o pojemności 50 cm^3, które jednocześnie z przeznaczonemi do wygotowania instrumentami wstawia się do wrzącej wody. Roztwór Rivanolu można przechowywać przez pewin czas w przykrytem naczyniu lub w kolbie zamkniętej kawałkiem waty, bez obawy osłabienia jego działania odkażającego. Przy operacjach aseptycznych „małej chirurgji", wykonywanych doraźnie w gabinecie lekarza, Rivanol jest najniezbędniejszym środkiem pomocniczym, zapewniającym prawidłowy przebieg gojenia się rany. Aseptyka gabinetu przyjęć i ręce lekarza, przez które przechodzi tylu chorych, nigdy nie mogą być idealnie jałowe i dlatego jest wskazanem, aby po usunięciu kaszaków, śluzaków, tłuszczaków i t. d. zakładać na kilka chwil (1—2 minuty) do rany pasmo gazy nasyconej roztworem Rivanolu (1 : 1000). Następnie autor radzi, aby również i jedwab zanurzać do roztworu Rivanolu, co chroni w niezawodny sposób przed ropieniem szwów. W „małej chirurgji" urazowej, jak np. przy leczeniu ran głowy, przy szwach ścięgien i t. d. wstrzyknięcie Rivanolu jednocześnie z Novccainą jest najlepszym sposobem dla osiągnięcia gojenia się per primam intentionem: rozumie się samo przez się, że podstawowych zasad aseptyki nie wolno przy tem nigdy zaniedbywać. Przy operacjach septycznych, jak flegmony, stany zapalne pochewek ścięgnowych i ropnie, chirurg—praktyk, stosując się do starej zasady: Ubi pus ibi evacua, zwraca się oczywiście do noża. Jeżeli natomiast skorzysta również z Rivanolu w rozcieńczeniu 1 : 500 — 1 : 1000, wówczas wystarczy mu o wiele mniejsze cięcie, co zapewni znacznie lepszy wynik kosmetyczny, a pozatem proces gojenia się będzie przebiegał prędzej. Przy flegmonach pochewek ścięgnowych i sprawach okołościęgnowych już nawet bardzo małe cięcia okazują się wystarczające, pod warunkiem, oczywiście, że trafią one z pewnością do zakażonego miejsca; następnie przepłókuje się roztworem Rivanolu i zakłada się na 24 godziny pasmo gazy nasyconej Rivanolem. W wielu przypadkach udaje się w ten sposób uratować ścięgno. Po nacięciu ropni migdałkowych, które często zawierają paciorkowce, zaleca się płókać gardło roztworem Rivanolu 1 : 3000.

Prof. F. SCHÜCK, Oddz. Chir. Szp. Miejsk. Urban w Berlinie.

CHEMICZNE LECZENIE RAN I KONSTYTUCJONALNE PRZESTROJENIE TKANEK W PRAKTYCE CODZIENNEJ.

(Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 33).

Wpływy, które są w stanie hamować, względnie wzmacniać zapalenie, można przedstawić w następującej tablicy:

Osłabiają zapalenie:	Wzmagają zapalenie:
Nerwy naczyniozwężające (na drodze n. współczulnego),	Nerwy rozszerzające naczynia (na drodze n. błędnego),
Zimno (porażając rozszerzacze),	Ciepło (pobudzając rozszerzacze),
Znieczulenie obwodowe (porażając rozszerzacze),	Środki drażniące skórę (pobudzając rozszerzacze),
Adrenalina (pobudzając zwężacze),	Sympatektomja (wykluczając rozszerzacze),
Calcium — przez wysuszenie,	Kalium — sprzyjając obrzękom,
Zakwaszenie — pobudzając tworzenie się blizny.	Działanie zasad — pobudzając ziarninowanie.

Autor stara się pobudzić części miękkie rany do szybszego oczyszczania i gojenia się, stosując początkowo codziennie świeże opatrunki z 1%-owego roztworu KCl, co sprzyja wytwarzaniu się dobrej ziarniny. Rozrost nabłonka od brzegów i zabliźnianie osiąga autor zapomocą codziennych opatrunków z 2%-owego roztworu $CaCl_2$, poczem po kilku dniach pobudza dalszy rozrost nabłonka (w swoisty sposób) opatrunkami z maści suprareninowej (1‰-owego roztworu Suprareniny, 10,0 Unguent. acid. boric. ad 100,0). Wobec tego, że autor stosuje przepuszczalne opatrunki, pacjenci ambulatoryjni są w stanie sami znowu zwilżyć wieczorem opatrunek odpowiednim przepisanym roztworem.

Dr. E. SIMON, Minden w Westfalji.

GRUŹLICA NEREK W PYELOGRAMIE DOŻYLNYM I WSTECZNYM.

(Referat według Z. f. Urol. 1932, tom 26).

Autor omawia wyniki stosowania pyelografji dożylnej i wstecznej w przypadkach gruźlicy nerek. Dla pyelografji dożylnej autor stosował 40%-owy, a dla pyelografji wstecznej 20%-owy roztwór Abrodilu. W przypadkach wczesnych chirurgicznej postaci gruźlicy nerek, to znaczy przy dostatecznie zacho-

wanej czynności i istnieniu typowych zmian morfologicznych, pyelografja dożylna jest jakby powołana dla zastąpienia pyelografji wstecznej.

W przypadkach posuniętej gruźlicy nerek, pyelogram dożylny, jednostronnie ujemny, określa z całą pewnością chorą stronę i ułatwia wskazanie dla nefrektomji przy wyraźnym klinicznym obrazie chorobowym. W przypadkach niepewnych i mało symptomatycznych, pyelogram dożylny, jednostronnie ujemny, przedstawia wielce wartościową wskazówkę, przemawiającą za koniecznością dokonania badania endoskopowego i pyelografji wstecznej.

Przy gruźlicy posuniętej bardzo daleko, już zwykłe zdjęcie rentgenowskie może wykazać w cieniu nerkowym jamy w postaci ognisk,wyjaśnienia i ew. nasycone cienie złogów wapniowych. Objawy te pozwalają wyciągnąć ważne wnioski. Pyelografja dożylna wykazuje, że czynność takiej nerki wygasła zupełnie. Jeżeli pyelogram dożylny drugiej nerki jest bez zarzutu, to badanie endoskopowe staje się zbyteczne i wskazanie do nefrektomji nie ulega już wątpliwości. W przypadkach wątpliwych można ponadto dla wszelkiej pewności zastosować jeszcze pyelografję wsteczną nerki uważanej za zdrową. Przeważnie jednak jest to zbyteczne, gdyż nawet przy wykazaniu niewielkich zmian chorobowych należy jednak dokonać nefrektomji po stronie bardziej chorej. Wyniki badania endoskopowego i cewnikowania moczowodów mogą czasem dawać pozory schorzenia obustronnego, które można wyłączyć zapomocą pyelografji.

W razie niemożności dokonania badania endoskopowego i pyelografji wstecznej wskutek znacznej marskości pęcherza moczowego, pyelogram dożylny pozwala na podstawie wypadnięcia czynności z łatwością rozpoznać chorą stronę. Pyelogram taki umożliwia jednocześnie czynnościową i morfologiczną ocenę nerki uważanej za zdrową. W ten sposób odsłonięcie nerki dla celów rozpoznawczych staje się zbytecznem.

Pyelogram chirurgicznej postaci gruźlicy nerek jest bardzo charakterystyczny i można go bez trudności odróżnić od pyelogramu banalnej pyonefrozy. Różnice zacierają się dopiero wtedy, gdy sprawa ropna posuwa się bardzo daleko i niszczy prawie całkowicie miąższ nerkowy.

W miarę coraz większego doświadczenia lekarzy pyelografja dożylna pozyskuje sobie coraz większe znaczenie przy rozpoznawaniu gruźlicy nerek. Niebezpieczeństwa pyelografji wstecznej przy dokonywaniu jej nowoczesnemi instrumentami i niedrażniącemi środkami kontrastowemi są, coprawda, również o wiele mniej groźne niż dawniej.

Z chwilą wystąpienia objawów klinicznych, zmiany morfologiczne miedniczek nerkowych, które sprowadzają chorego po raz pierwszy do lekarza, są przeważnie już tak daleko posunięte, że można je na pyelogramie dożylnym trafnie ocenić i przy uwzględnieniu całokształtu obrazu klinicznego postawić właściwe rozpoznanie. W przypadkach wątpliwych należy zastosować dodatkowo badanie endoskopowe i porównawczą pyelografję wsteczną.

W przypadkach jednostronnie ujemnego pyelogramu dożylnego i jednoczesnej technicznej niemożliwości pyelografji wstecznej tej strony, zwykłe zdjęcie rentgenowskie często daje nam obraz bardzo charakterystyczny, w postaci ognisk wyjaśnienia i niezwykle ukształtowanych złogów w cieniu nerkowym odpowiedniej strony. Przy prawidłowym pyelogramie dożylnym drugiej strony, pyelografja wsteczna, dla wykluczenia schorzenia obustronnego, staje się zbyteczna.

Prof. dr. T. HERNANDO, dyrektor kliniki terapeutycznej w Madrycie.

KRYZYS RECEPTY.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, 1932, Nr. 4).

Zarówno lekarze jak i aptekarze stwierdzają, że w wykonywaniu ich zawodu zachodzą ostatnio pewne zmiany. Szuka się, oczywiście, wyjaśnienia tych zmian, których przyczyna leży niewątpliwie nietylko w samych lekarzach, lecz przedewszystkiem w pewnych czynnikach zewnętrznych. Otóż najważniejszą zmianą w lecznictwie farmakologicznem, w porównaniu z dawnemi czasy, jest niechęć do zapisywania recept, zamiast których zaleca się coraz częściej gotowe przetwory farmaceutyczne.

Istnieją jednak i obecnie lekarze, którzy chętnie zapisują zawiłe recepty, na wzór tych, które podziwialiśmy u naszych poprzedników z przed bardzo wielu laty. W receptach tych łączy się 5 lub 6 składników, za których pomocą przypuszczamy, że uda nam się uwzględnić wszystkie wskazania lecznicze danej choroby.

Lekarz współczesny, który zapisuje nadal długie recepty starego typu, zawierające liczny szereg składników, może nawet odczuwa pewną satysfakcję ze swoich pomysłów. Po napisaniu takiej recepty czyta ją sobie jeszcze raz i to nietylko, aby sprawdzić dokładność dawek, co zawsze powinno być jego obowiązkiem, lecz aby stwierdzić z przyjemnością, że pomimo niedostatecznego nauczania podczas studjów klinicznych, dalsza jego samodzielna praca umożliwiła mu stworzenie takiego przepisu.

Co się zaś tyczy aptekarza, to otrzymując taką skomplikowaną receptę, zwłaszcza jeśli to jest człowiek starszy i zmęczony wydawaniem tyreoidyn, adrenalin, surowic, szczepionek i t. d., odczuje on z pewnością wielką satysfakcję i powie: Istnieją jednak jeszcze na świecie wielcy terapeuci: oto recepta, z grupy tych, jakie dawniej zapisywali znakomici klinicyści, a czego nie potrafią współcześni lekarze, ograniczający się do zapisywania tabletek firmy X, kapsułek firmy Y, roztworu 1:1000 firmy Z itd., itd.

Uważam osobiście, że zawiłe połączenia wielu leków są przeważnie mało uzasadnione i nie dają nam naogół spodziewanych teoretycznie wyników; nie chcę

przez to jednak zaprzeczyć, że istnieją przypadki, w których połączenie dwóch lub kilku leków okazuje się korzystnem. Połączeniami tego rodzaju są np. kombinacja Pyramidonu i Veronalu, wyróżniająca się spotęgowanem działaniem przeciwbólowem; środki zasadowe i ściągające, w przypadkach objawów nadkwaśności żołądkowej; środki wykrztuśne i uspokajające kaszel; dwa środki przeciwskurczowe, jak papaweryna i belladonna, z których pierwsza działa na włókna mięśniowe, a druga na nerw błędny (w przypadkach skurczów w obrębie przewodu pokarmowego, dróg żółciowych i t. d.); morfina i atropina, z których pierwsza uspokaja ból, lecz wywołuje skurcz, który przezwycięża druga; dwa środki moczopędne, działające odmiennemi sposobami; środek przeciwczerwiowy i środek czyszczący itd.

Powstaje następnie pytanie, czy lekarz, gdy nie zachodzi potrzeba zwracania się do mniej lub więcej zawiłych połączeń tego rodzaju, powinien przepisywać leki określane przez niego indywidualnie dla każdego poszczególnego przypadku i składające się z preparatów uznanych powszechnie za czynne i skuteczne, czy też powinien się raczej zwracać do przetworów, wytwarzanych przez wielkie wytwórnie farmaceutyczne.

Nie ulega wątpliwości, że ścisła indywidualizacja jest w wielu przypadkach niezbędna, w równie jednak wielu przypadkach (i powiem, że nie niestety, lecz na szczęście) powinniśmy zwracać się do gotowych przetworów farmaceutycznych, a to z powodów następujących: wytwórca w swym własnym interesie dostarcza nam niewątpliwie przetworów czystych, które nabyte w opakowaniach oryginalnych nie mogą łatwo zostać zastąpione przez falsyfikaty lub małowartościowe namiastki; dawkowanie jest dokładniejsze, gdyż maszyna wytwarzająca tabletki, robi je zawsze jednakowe; roztwory przygotowywane w wielkiej ilości przedstawiają mniejsze źródła błędu itd. itd. Następnie wartość lecznicza wielu środków pochodzenia roślinnego, a również i wielu preparatów chemicznych bywa bardzo zmienna i z tego względu pewniejszem jest, zwracać się do przetworów wytwarzanych przez firmy odpowiadające za ich działanie biologiczne i chemiczne. Wreszcie wygląd zewnętrzny wielu gotowych preparatów oryginalnych jest milszy, a sam środek leczniczy jest staranniej przygotowany, gdyż wytwórca woli sprzedawać Aspirynę, Pyramidon, Adalinę, Pantopon i t. d. w tabletkach, niż te same preparaty w proszkach, które łatwo mogą być zamieniane przetworami mniej wartościowemi lub zgoła podrobionemi i mało skutecznemi.

Jako lekarze, nie powinniśmy zapominać, że wielkie wytwórnie chemiczne przyczyniły się w wielkim stopniu do postępów farmacji i że zawdzięczamy im niejeden znakomity środek leczniczy, który znajduje się obecnie w sprzedaży, w postaci będącej rękojmią jego wartości.

Pozwolimy sobie przytoczyć tu kilka przykładów z pośród leków o uznanej skuteczności i powszechnie stosowanych. Mamy np. do czynienia z pacjentem dotkniętym chorobą serca, w okresie niedomogi, z niemiarowością całkowitą

na tle migotania przedsionków. W przypadkach takich naparstnica daje zwykle znakomite wyniki. Lekarz przypomina sobie wszystkie przetwory naparstnicy, z któremi zapoznał się podczas studjów lub z książek albo pism i postanawia wybrać jeden z trzech przetworów, które stosuje się najczęściej i które są najbardziej skuteczne: liście sproszkowane, napar lub nalewka alkoholowa. Zapisuje jeden z tych przetworów i nierzadko osiąga istotnie spodziewany pomyślny wynik leczniczy. W innych natomiast analogicznych przypadkach stan chorego się nie poprawia. Dlaczego? Już przed 18 laty ogłosiłem pracę, w której zdałem sprawę z wyników badania próbek naparstnicy z różnych aptek i stwierdziłem, że skuteczność tych preparatów jest niesłychanie zmienna i różnice ich wartości mogą się wahać w skali od 1 do 100. Niestałość składu naparstnicy została następnie potwierdzona przez liczny szereg autorów. Wobec niepewności działania zwykłych liści sproszkowanych lub naparu, nie powinniśmy nigdy zapisywać tych przetworów, lecz zawsze zwracać się do dokładnie standaryzowanych tabletek naparstnicy firmy X, lub krystalicznej digitoksyny firmy Z, do ampułek, zawierających ściśle określoną dawkę składnika czynnego, a wytwarzanych przez firmę N itd. itd.

W grupie leków przeciwbólowych bardzo łatwo jest zapisać proszki, zawierające po 0,2 — 0,3 g Pyramidonu lub 0,5 g Aspiryny, lecz o wiele pewniejszem okazuje się zapisanie oryginalnej rurki z tabletkami jednego lub drugiego preparatu.

Te same uwagi dotyczą i środków nasennych. Wydaje się może bardziej „naukowem" zapisać choremu w jednej mieszaninie wodan chloralu, bromek potasu, nalewkę walerjanową, syrop i wodę, lecz stanowczo jest o wiele wygodniejsze, pewniejsze i bardziej uzasadnione zalecić rurkę z tabletkami Luminalu, Adaliny i tp.

W ciągu wielu lat zapisywałem proszek, wyciąg lub nalewkę belladonny, wyniki jednak przeważnie były bardzo niepewne. U niektórych chorych występowało po zażywaniu tego leku w ciągu kilku dni uczucie lekkiej suchości w jamie ustnej, co było niewątpliwym dowodem działania leku. Istnieją jednak liczne praparaty nalewki belladonnowej, których działanie równa się zeru i które można brać nawet w takich ilościach, że chory raczej się upije alkoholem nalewki, a nie dozna żadnych objawów działania składnika czynnego, t. zn. atropiny. Od czasu, gdy wytwórnie farmaceutyczne zaczęły wytwarzać stałe preparaty belladonny, lekarze zaniechali prawie zupełnie zapisywania wyciągów lub nalewek, gdyż preparaty gotowe okazały się o wiele skuteczniejsze i pewniejsze w działaniu.

Spostrzegałem niejednokrotnie chorych, cierpiących na ostry gościec stawowy, którym zapisywałem duże dawki salicylanu sodu, jednak bez żadnego wyniku. Od chwili zaś, gdy zastosowałem preparat salicylowy firmy X chorzy doznawali doraźnej poprawy. Przypadki te mogą posłużyć jako doskonałe

przykłady różnicy działania tego samego chemicznie preparatu, pochodzącego jednak z niejednakowo odpowiedzialnych wytwórni.

Mieliśmy sposobność przekonać się doświadczalnie, że w sprzedaży znajdują się preparaty adrenaliny, które w dawkach 1, 2, 3 cm^3 roztworu 1:1000 nie okazują żadnego wpływu na ciśnienie krwi. Natomiast 0,1 cm^3 preparatu oryginalnego wywoływało znaczne podniesienie się ciśnienia.

Chirurg dla uśpienia pacjenta nie zastosuje dowolnego eteru lub chloroformu, lecz zażąda eteru lub chloroformu w opakowaniu oryginalnem, pochodzącem z określonej wytwórni, której nazwa jest niezawodną rękojmią czystości preparatu. Toż samo dotyczy Novocain-Suprareniny. Każdy chirurg zażąda niewątpliwie tylko oryginalnych ampułek lub tabletek Hoechst.

Przykładów tego rodzaju moglibyśmy przytoczyć bardzo wiele. Trzebaby właściwie wyliczyć na tem miejscu kolejno wszystkie leki, zaczynając od najprostszych związków chemicznych, a kończąc na bardzo trudnych do przygotowania organopreparatach. Jedynie opakowanie oryginalne, będące dowodem pochodzenia z miarodajnej i odpowiedzialnej wytwórni, może nas zapewnić o wartości i skuteczności preparatu. Dlatego właśnie uważam, że recepta przeżywa kryzys, gdyż wypiera ją coraz bardziej lepszy od niej pod wieloma względami preparat gotowy. Nie chcę być źle zrozumianym: każdy lekarz powinien umieć zapisywać wszelkie leki, zwłaszcza z jego specjalności; nie ulega również wątpliwości, że w licznych przypadkach indywidualnie obmyślona recepta jest jedynem właściwem postępowaniem, w znakomitej jednak większości przypadków, odpowiedni preparat oryginalny pierwszorzędnej wytwórni farmaceutycznej odda nam niewątpliwie jaknajwiększe usługi.

LECZENIE PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO MALARJĄ.

Już dawno zauważono, że w niektórych rzadkich przypadkach porażenia postępującego, przypadkowe powikłanie ostrą chorobą gorączkową lub długotrwałą sprawą ropną doprowadzało bez żadnego innego leczenia do zupełnego ustąpienia wszystkich objawów klinicznych choroby umysłowej. Spostrzeżenia takie były punktem wyjścia nowoczesnych prób leczenia porażenia postępującego, uważanego dotychczas za cierpienie nieuleczalne. Już *Bacon* z Werulamu zwracał uwagę lekarzy na wielkie znaczenie dokładnego badania wyleczonych przypadków chorób „nieuleczalnych". Dopiero jednak *Wagner Jauregg* w r. 1887 świadomie poszedł drogą wskazaną przez przyrodę i rozpoczął swe próby leczenia porażenia postępującego zapomocą szczepienia chorób zakaźnych, a mianowicie zimnicy lub róży. Po innych jeszcze próbach leczenia tuberkuliną i rtęcią, *Wagner Jauregg* znowu powrócił do zimnicy i w r. 1917 zaszczepił trzeciaczkową postać zimnicy 9 chorym, znajdującym

się w różnych okresach porażenia postępującego. Trzech z pośród tych paralityków żyje jeszcze do dnia dzisiejszego i wykonywa swą pracę zawodową. Od roku 1919 *Wagner Jauregg* leczy systematycznie wszystkie przypadki porażenia postępującego szczepieniem zimnicy. Metoda wiedeńskiego uczonego okazała się istotnie skuteczną i szybko rozpowszechniła się po całym świecie. Znakomita większość autorów, którzy zajmowali się powyższem zagadnieniem, potwierdziła słuszność spostrzeżeń *Wagner Jauregga*. Leczenie porażenia postępującego zimnicą dawało znacznie lepsze wyniki niż wszelkie inne poprzednio stosowane sposoby i pozwalało na osiągnięcie remisji z odzyskaniem zdolności do pracy w 20 — 30% przypadków. Z biegiem czasu przekonano się jednak, że powodzenie leczenia zimnicą zależy w znacznym stopniu od trwania choroby, wobec czego bardzo ważnem okazało się, aby zaczynać leczenie możliwie jaknajwcześniej. Dla dokonania szczepienia nie należy oczekiwać aż objawy porażenia postępującego wystąpią w sposób jawny, lecz powinno się poddawać szczepieniu wszystkich, którzy są przez tę chorobę zagrożeni.

Postępując w ten sposób i szczepiąc malarję w okresach wczesnych, udało się zwiększyć odsetek powodzeń do 80 lub 90%. Można powiedzieć, że zagadnienie wyleczalności porażenia postępującego zostało pomyślnie rozstrzygnięte. Rozchodzi się głównie o zastosowanie właściwego leczenia w odpowiedniej chwili, to znaczy dostatecznie wcześnie.

Lecz kogo należy uważać za zagrożonego w bliższej lub dalszej przyszłości porażeniem postępującem? Krętki blade umiejscowiają się w ośrodkowym układzie nerwowym już w bardzo wczesnym okresie zakażenia kiłowego, czego dowodem są zmiany zachodzące w płynie mózgowo-rdzeniowym. U większości syfilityków zmiany w płynie ustępują nawet bez żadnego leczenia. Istnieją jednak przypadki, w których zmiany te pozostają w stanie utajonym i okazują się nadzwyczaj odporne nawet na najenergiczniejsze leczenie. U paralityków zmiany płynu są bardzo uporczywe, występują już wcześnie i z wielką stałością i nie poddają się leczeniu swoistemu. Ze spostrzeżeń tych wyciągnięto słuszny wniosek, że chorzy, których płyn mózgowo-rdzeniowy stale wykazuje uporczywe zmiany patologiczne, są właśnie kandydatami na przyszłych paralityków i tabetyków. W przypadkach takich jedynie leczenie zimnicą w połączeniu z energiczną kuracją przeciwkiłową jest w stanie doprowadzić zmiany w płynie do ustąpienia. Szczepienie malarją przedstawia więc czynne leczenie porażenia postępującego. Liczni znakomici syfilidolodzy uznali już na podstawie własnego doświadczenia skuteczność metody *Wagner Jauregga*. Dla osiągnięcia jednak możliwie jaknajlepszych wyników należy dokonywać szczepienia zimnicy w sposób jakby zapobiegawczy, czyli nie czekając na rozwinięcie się choroby. Jeżeli np. mamy pod swą opieką lekarską syfilityka, który znajduje się w późnym utajonym okresie choroby, z dodatnim odczynem Wassermanna we krwi, należy wówczas zbadać również i płyn móz-

gowo-rdzeniowy. Chorego zwykle łatwo skłonić do tego zabiegu, wyjaśniając mu, na jakie niebezpieczeństwa się naraża, jeżeli się nie zgodzi. Obowiązkiem naszym jest doradzać zbadanie płynu nawet wtedy, gdy odczyn Wassermanna we krwi jest ujemny, gdyż w licznych przypadkach porażenia postępującego odczyn bywa ujemny we krwi, a dodatni w płynie. Można w takich przypadkach przeprowadzić energiczne leczenie przeciwkiłowe, lecz wydaje się stanowczo o wiele pewniejsze i słuszniejsze zastosować leczenie zimnicą z następczą kuracją salvarsanową. Kuracja taka wymaga znacznie mniej czasu i pozwala w znakomitej większości przypadków na zupełne i ostateczne usunięcie grożącego niebezpieczeństwa. Istnieją zwolennicy leczenia porażenia postępującego zapomocą wyłącznie szczepienia malarji. Badania porównawcze wykazały jednak, że odsetek remisyj i czas ich trwania znacznie się zwiększa, gdy po szczepieniu malarji przeprowadza się jeszcze leczenie przeciwkiłowe. Salvarsan uzupełnia więc bardzo skutecznie leczenie zimnicą.

Niebezpieczeństwa szczepienia zimnicy zależą częściowo od samych napadów malarycznych, lecz w znacznie większym stopniu od stanu chorych; niebezpieczeństw tych niema przy leczeniu zapobiegawczem kiły utajonej. Zaszczepienie zimnicy z jej 8 lub 10 napadami gorączki, dochodzącej do 40° i trwającej po kilka godzin, stanowi dla wyczerpanego zwykle organizmu paralityka ciężką próbę. Nie bacząc jednak na to niewątpliwe ryzyko, interwencja powyższa jest bezwzględnie wskazana, gdyż bez zaszczepienia zimnicy chorzy są stanowczo straceni. W przypadkach, w których leczenie malarją wydaje się nam niebezpiecznem, można dla złagodzenia przebiegu podawać małe dawki chininy (0,2 — 0,3 g), które wstrzymują na kilka dni napady gorączkowe; napady te wznawiamy przez odstawienie chininy, gdy uznamy, że serce już zdążyło nieco odpocząć. Inny sposób polega na tem, że po zaszczepieniu zimnicy pozwalamy na wystąpienie 4 napadów, następnie zapomocą chininy przerywamy zupełnie chorobę, poczem stosujemy leczenie Neosalvarsanem. Częstokroć stan ogólny pod wpływem takiej terapji poprawia się do tego stopnia, że możemy powtórzyć leczenie zimnicą już w znacznie lepszych warunkach i pozwolić na wystąpienie nawet licznych napadów gorączkowych, bez obawy nadmiernego wyczerpania pacjenta. Postępując w ten sposób, udawało się z powodzeniem leczyć paralityków, znajdujących się już w bardzo ciężkim stanie ogólnym lub w podeszłym wieku. Obecnie można już powiedzieć, że leczenie zimnicą umożliwia osiąganie wyników tak doskonałych, że chorzy odzyskują zdolność do swej pracy zawodowej i zachowują ją na stałe.

Przy wiądzie rdzenia warunki są inne niż przy porażeniu postępującem, gdyż rozwój choroby jest o wiele wolniejszy; pozatem wiąd poddaje się do pewnego stopnia wpływowi leczenia przeciwkiłowego. Wiąd posiada wyraźną skłonność do okresów zwolnienia lub zahamowania postępu choroby, przyczem dzieje się to bądź wskutek leczenia swoistego, bądź zupełnie samoistnie wskutek własnych sił obronnych organizmu. Objawy jednak już istniejące nie

mogą się cofnąć. Wiąd postępujący cechuje brak reakcji źrenic, osłabienie lub zupełne zniesienie odruchów kolanowych i Achillesa, mniej lub więcej silne bóle przeszywające. Przy wiądzie niepostępującym nie stwierdza się ataksji, zaburzeń ze strony pęcherza moczowego, impotencji, zaburzeń czucia. Nie powinno się uważać bólów przeszywających za wskazówkę do przeprowadzania leczenia, tembardziej, że w stanach ustalonych tego typu odczyn Wassermanna jest przeważnie ujemny zarówno we krwi jak i w płynie mózgowo-rdzeniowym. W przypadkach takich leczenie zimnicą lub przeciwkiłowe nie jest wskazane. W przypadkach natomiast postępujących (ataksja, zaburzenia pęcherzowe, płciowe, dodatni odczyn Wassermanna) należy przeprowadzić leczenie swoiste aż do osiągnięcia ujemnych odczynów Wassermanna. Leczenie zimnicą jest wskazanem, jeżeli objawy lub odczyn trwają nadal uporczywie, gdyż przy postępującym wiądzie zawsze możliwem jest wystąpienie objawów porażenia postępującego. Podczas jednak gdy przy porażeniu możemy osiągnąć cofnięcie się objawów chorobowych, przy wiądzie możemy się jedynie spodziewać zahamowania dalszego rozwoju sprawy chorobowej; niektóre objawy ustępują zupełnie, lecz inne pozostają bez zmiany.

Dr. P. von der TRAPPEN, Szpital Miejski w Sangerhausen.

W SPRAWIE LECZENIA DURU BRZUSZNEGO PYRAMIDONEM.

(Referat według Therapie der Gegenwart 1933, z. 1).

Przy leczeniu duru brzusznego troskliwa opieka, staranne odżywianie, zabiegi wodolecznicze i oddziaływanie farmakologiczne na obieg krwi ciągle jeszcze stoją na pierwszym planie całokształtu postępowania terapeutycznego. Stosowanie kąpieli nie odgrywa przytem już dzisiaj takiej roli, jak przed laty. Gorączkę uważa się w ostatnich czasach jedynie za objaw wtórny, który jest, coprawda, ściśle związany z walką obronną ustroju, lecz sam nie posiada żadnego większego działania leczniczego. W związku z takim poglądem postępowanie, mające na celu obniżenie gorączki, znowu odzyskało przy leczeniu duru swoje znaczenie. Niedawno (1931) *Krehl* zaproponował, aby stale utrzymywać ciepłotę ciała chorych durowych na niskim poziomie przez systematyczne podawanie co godzinę 0,05 — 0,1 g Pyramidonu. Obniżenie gorączki ma wpływać pomyślnie na zmęczenie i obojętność, zły apetyt, zły oddech, a czasami również i na istniejący niepokój chorych. Wobec tego, że większa część wymienionych objawów ustępuje jednocześnie ze spadkiem gorączki, *Krehl* wyraża pogląd, że objawów tych nie powinno się uzależniać tylko od toksyn durowych, jak to dotychczas przeważnie czyniono.

Autor leczył w ostatnich czasach zapomocą Pyramidonu 32 chorych durowych. Swierdzono przytem przedewszystkiem poprawę apetytu, dzięki czemu można było uniknąć większego spadku wagi ciała. Pomyślny ten wynik można

jednak chociaż częściowo uzależnić również od bardzo obfitego podawania cukru gronowego. Bardzo pomyślnym okazał się wpływ Pyramidonu na oddychanie. Ruchy oddechowe stały się wydatniejsze, tak że poważniejszych nieżytów oskrzeli nie obserwowano. Wpływ obniżania gorączki na objawy psychiczno-nerwowe nie był tak wyraźny, jak to się zwykle opisuje. W przypadkach cięższych niezawsze udawało się pomimo niskiej ciepłoty przezwyciężyć senność pacjentów, względnie uspokoić chorych pobudzonych. Wynikałoby z tego, że zaburzenia psychiczne zależą jednak raczej od toksyn, a nie bezpośrednio od gorączki.

Niektórzy, bardzo zresztą nieliczni pacjenci skarżyli się na przykre pocenie się, tak że w dwóch przypadkach trzeba było kuracji pyramidonowej zupełnie zaniechać. Żadnych poważniejszych zaburzeń Pyramidon nie wywołał ani razu.

ROCZNICE WIELKICH LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W ROKU 1933.

(Referat według Ther. Ber. 1933, Nr. 5).

W roku ubiegłym świat lekarski Włoch a wraz z nim cały świat naukowy czcił pamięć dwóch znakomitych lekarzy, *Scarpy* i *Morgagni'ego*. *Morgagni* urodził się przed 250 laty w Forli (1682). Nauczycielami jego byli *Malpighi* i *Valsalva*. W młodych swych latach zajmował się *Morgagni* przedewszystkiem anatomją i z tego czasu pochodzą dwa wartościowe jego dzieła z tej dziedziny: „Adversaria anatomica“ i „Epistolae anatomicae“. Dopiero później zaczął *Morgagni* systematycznie opisywać spostrzeżone przez niego zmiany patologiczne, które już jako stary człowiek zebrał w wielkiem dziele: „De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis“. W dziele tem pragnął autor założyć podwaliny pod budowę gmachu rozpoznawania i leczenia, bardziej ścisłego niż dotychczas. *Morgagni* był jednocześnie słynnym klinicystą. W historji medycyny pamięć o nim żyje jednak głównie dzięki niezliczonym odkryciom anatomicznym i dlatego też słusznie nazwali go jego współcześni „Anatomicorum totius Europae princeps“.



G. B. Morgagni 1682—1771

Antonio Scarpa, uczeń *Morgagni'ego*, zmarł przed 100 laty. Sławę swą zawdzięcza *Scarpa* badaniom nad rozwojem i budową kości i tworzeniem się kostniny, a przedewszystkiem swym studjom nad anatomją nerwów i zwojów rdzenia kręgowego. *Scarpa* interesował się również i narządami zmysłów, głównie nosem i uchem. W opisach swych nie ograniczał się *Scarpa* wyłącznie do szczegółów czysto anatomicznych, lecz uwzględniał również i odchylenia



Antonio Scarpa 1747—1883

chorobowe, jak np. tętniaki, przepukliny i t. d. Scarpa był jednocześnie malarzem i wielkim przyjacielem sztuk pięknych.

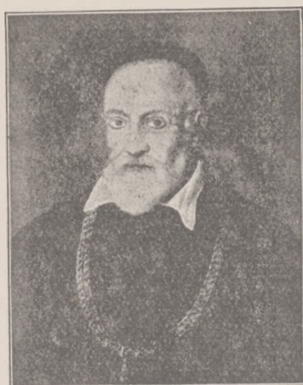
W roku 1933 mamy kilkakrotnie okazję do wspominania wielkich i zasłużonych lekarzy. Lekarzem sławnym choć, coprawda, nie w dziedzinie naukowej — był lekarz i jednocześnie największy pisarz satyryczny *François Rabelais*, urodzony przed 450 laty (1483?) w Chinon. Był on lekarzem szpitala w Lyonie i pozyskał sobie sławę światową swą wydrukowaną przed 400 laty (1533) powieścią „Les horibles et espoventables faictz et prousses du très renomé Pantagruel". Uzupełnieniem tej powieści było „Vie inestimable du grand Gargantua, père de Pantagruel". W powieściach tych *Rabelais* wykazuje niezwykłą wszechstronność, gdyż studjował on i zapoznał się dokładnie z medycyną, teologją, matematyką, astrologją, prawem, muzyką, malarstwem i poezją. Życie światowe *Rabelais* miał okazję poznać dokładnie podczas swych licznych podróży, które odbywał z kardynałem *du Bellay*.



François Rabelais 1483—1553

Od roku 1546 do 1547 znajdujemy niezmordowanego podróżnika na stanowisku lekarza miejskiego w Metzu, następnie był on proboszczem w Meudon. Za humorem *Rabelais*'ego ukrywa się jednak duch oświeconej prawości, walczącej nieubłaganie z przesądami i ciemnotą. *Rabelais* zmarł w Paryżu w 1553 r.

We Włoszech obchodzą w roku bieżącym 400-letnią rocznicę urodzin *Girolamo Fabrici d'Acquapendente*, który żył jednocześnie z *Vesaljuszem* i *Fallopiuszem*. Był to anatom, który opisał, między innemi, zastawki żylne, szczegóły budowy krezki, żołądka i t. d. Najwybitniejsza jednak jego zasługa polegała na pomyśle stworzenia anatomji porównawczej, przyczem interesował się szczególnie embrologją porównawczą zwierząt i człowieka. Na wspomnienie zasługuje również pomysł *Acquapendente* karmienia przez zgłębnik nosowy noworodka, który się urodził z zarośniętą jamą ustną.



G. F. d'Acquapendente 1533—1619

Chorobami zawodowemi zajmował się *Bernardino Ramazzini*, który urodził się przed 300 laty i napisał książkę „De morbis artificum". Był to

niezwykle wszechstronny uczony, który zajmował się nietylko sprawami lekarskiemi, lecz interesował się również zagadnieniami z dziedziny fizyki i pracował np. nad ciśnieniem atmosferycznem. Szczególnie zasłużył się jednak *Ramazzini* jako lekarz-społecznik i lekarz-higjenista przez propagowanie tych gałęzi naszej wiedzy w czasach, gdy zwracano na nie jeszcze bardzo mało uwagi.



Bernardino Ramazzini 1633—1714

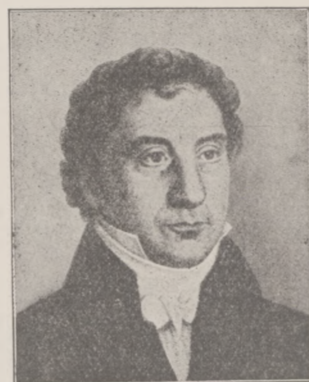
Przed 250 laty urodził się w Frankfurcie nad Menem *Lorenz Heister.* Wykształcenie chirurgiczne otrzymał *Heister* w Leydenie i Amsterdamie. Z Holandji powołano go jako chirurga na uniwersytet niemiecki w Altdorfie. W roku 1718 ukazały się w Norymberdze „Institutiones chirurgicae" *Heistera,* pierwszy, przeznaczony dla ogólnego użytku „podręcznik chirurgji". Oprócz dokładnego opisu operacji, autor poświęca wiele miejsca opisowi instrumentów chirurgicznych. Szczególnie dokładnie omawia *Heister* leczenie ran. Dzieło *Heistera* pozyskało tak wielkie uznanie, że przetłumaczono je prawie na wszystkie języki europejskie.



Thomas Sydenham 1624—1689

W tymże roku wielki lekarz angielski *Sydenham* opisał obraz chorobowy pląsawicy. I w tym samym czasie urodził się w La Rochelle także fizyk i zoolog *R. A. Ferchault de Réaumur.* Swe prace zoologiczne ogłaszał *Réaumur* w Mémoires pour servir à l'histoire naturelle des insectes. Największą jednak zasługą *Réaumura* było wynalezienie termometru, który do dzisiejszego dnia nosi jego nazwisko.

W roku bieżącym mija 150 lat od dnia urodzin wielkiego chemika *Sertürnera. Sertürner* urodził się w r. 1783 w Neuhaus pod Paderbornem. Z zawodu był on farmaceutą i prowadził własną aptekę w Hameln. Już w roku 1804 wzgl. 1805 udało się *Sertürnerowi* otrzymać z opjum morfinę. *Sertürner* natychmiast rozpoznał, że morfina przedstawia związek chemiczny o zupełnie niezwykłych własnościach farmakologicznych. *Sertürnera* słusznie można nazwać twórcą nowoczesnej chemji alkaloidów. Podstawowa praca *Sertürnera* ukazała się w Journal der Pharmacie w r. 1805. W Niemczech *Sertürner* nie pozyskał naogół większego uznania, we Francji natomiast zasługi jego zostały należycie



Sertürner 1783—1841



Johann Friedrich Meckel 1781—1838

ocenione. W roku 1831 *Cuvier* przesłał *Sertürnerowi* nagrodę doroczną Institut de France w wysokości 2000 franków z jednoczesnem uznaniem pierwszeństwa wykrycia morfiny.

Przed 100 laty zmarł *Johann Fryderyk Meckel*, którego ojciec i dziad już byli znanymi lekarzami. *Meckel* pracował dużo nad anatomją i patologją i szczególne zasługi zdobył sobie w dziedzinie anatomji porównawczej. Powszechnie znanym stał się *Meckel* dzięki opisowi uchyłka kiszkowego, który został nazwany jego imieniem.

Szereg rocznic zakończymy wspomnieniem o *Noblu*, którego setną rocznicę urodzin obchodzi w tym roku Szwecja. W roku 1864 *Nobel* wynalazł sposób otrzymywania na wielką skalę nitrogliceryny, a w roku 1867 wynalazł dynamit. Fundację swą ustanowił *Nobel* w testamencie swym z r. 1895. Doroczny zysk z procentów jego majątku (przeszło 70 miljonów złotych) zostaje podzielony na 5 równych części i przyznany pięciu ludziom najbardziej zasłużonym na polu: fizyki, chemji, medycyny, zbratania narodów oraz autorom wybitnych dzieł idealistycznych. Każdy laureat *Nobla* otrzymuje przeszło 300.000 złotych, dyplom i złoty medal. *Nobel* zmarł w roku 1896.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

O tak zwanych „chorobach z zaziębienia“ górnych dróg oddechowych u dzieci.

Obrzmienie błony śluzowej w przypadkach kataru nosa można zmiejszyć zapomocą następującego roztworu, który niemowlętom należy wkraplać do nosa conajmniej przed każdem pożywieniem (kilka kropel):

Sol. Suprarenini (1 : 1000)	0,5
Novocaini hydrochlor.	0,5
Aq. dest.	20,0

Przy niepokoju, bezsenności lub pobudzeniu kaszlowem podaje się 0,03 — 0,05 g Pyramidonu 1 — 2 razy dziennie. Czasami udaje się odrazu przerwać świeży katar przez zastosowanie odpowiedniej kuracji napotnej: gorąca kąpiel, owinięcie kocem i 0,25 — 0,5 g Aspiryny. U starszych dzieci stosuje się z powodzeniem płókanie wodą gazową (Ems), ssanie pastylek Panflaviny i t. p. Przeciwko przeciągającej się gorączce podaje się kilka razy dziennie Pyramidon w małych dawkach (0,1 g). W przypadkach skłonności do nieżytów nosowo-gardłowych zapisuje się tran, najlepiej z wapniem, w dawkach po 1 — 2 łyżeczek od herbaty przez całą zimę; podawanie dawek nadmiernych jest szkodliwe.

Prof. dr. Mettenheim,
Klin. Pedj. Uniw. w Frankfurcie.
(Med. Welt, .1932, Nr. 49).

Czynne uodpornienie przeciwbłoniczne a wiek dzieci.

Działanie czynnego uodpornienia zapomocą błoniczej toksyny-antytoksyny jest najmniejsze w okresie od urodzenia do trzeciego miesiąca życia (około 33$^1/_3$% wyników ujemnych) i największe między drugim i czwartym rokiem życia (około 5% wyników ujemnych); u dzieci poniżej 9 miesięcy czynne uodpornienie zawodzi w $^1/_4$ — $^1/_3$ części przypadków. Tkanki dzieci reagują najlepiej na czynne uodpornienie wówczas, gdy uodpornienie bierne, odziedziczone po matce, już minęło. Dzieci poniżej 9 miesięcy nie należy szczepić toksyną-antytoksyną bez uprzedniego dokonania próby *Schicka.* Jako zasada ogólna społecznej opieki zdrowotnej pożądane jest czynne uodpornianie dzieci w zakładach opiekuńczych, między 6—9 miesiącem. U wszystkich dzieci należy w 3 — 6 miesięcy po czynnem uodpornieniu dokonać próby *Schicka.* Z pośród dzieci, które w roku 1930 zmarły w Nowym Yorku z powodu błonicy, jedynie dwoje otrzymało szczepienia ochronne. Śmiertelność z powodu błonicy w wielkich miastach amerykańskich w roku 1930 obniżyła się w porównaniu ze śmiertelnością w roku 1925 przeszło o 50%. Stwierdzone w Nowym Yorku zmniejszenie śmiertelności z powodu błonicy prawie o 70% należy, prawdopodobnie, zawdzięczać usilnej propagandzie czynnego uodporniania, przeprowadzanej w ciągu ostatnich lat.

Dr. J. Blum, New-York.
(Journ. of Am. med. Ass., 1932, tom 98).

Wybór środka moczopędnego.

Istnieją następujące główne wskazania do pobudzania diurezy: 1) przyspieszenie wydzielania toksyn, 2) niedopuszczanie do zatrzymywania się w ustroju nadmiaru związków azotowych i 3) usuwanie zatrzymanej wody.

W przypadkach, gdy wskazanem jest szybkie usunięcie z organizmu toksyn, np.

po chorobach zakaźnych lub po zabiegach operacyjnych, autor zaleca picie znaczniejszych ilości wody lub też podskórne, dożylne albo dorektalne podawanie roztworu soli kuchennej; można również wstrzykiwać dożylnie 10%-owy roztwór glukozy, wzgl. stosować ten roztwór w połączeniu z 10% roztworem Natrii bicarbonici per rectum. Dla niedopuszczania lub zwalczania zatrzymywania związków azotowych w przypadkach zapalenia nerek, przy chorobach sercowych lub przy zastoju w obrębie żyły wrotnej, autor zaleca teofylinę, teobrominę, Kalium lub Ammonium citricum albo aceticum, kofeinę, naparstnicę. Jednocześnie można stosować w razie potrzeby środki napotne i czyszczące oraz dokonać upustu krwi. Dla usuwania zatrzymanej w ustroju wody autor zaleca oprócz naparstnicy Salyrgan ew. w połączeniu z chlorkiem amonu, przy współistnieniu zaś zmian chorobowych również i w wątrobie Salyrgan + Natrium dehydrocholicum.

Dr. Dyer, Buechel.
(Kentucky Med. Journ. 1932, tom 30).

W sprawie leczenia róży.

Frehse leczy różę domięśniowemi wstrzykiwaniami mleka. Chorym osłabionym, którym autor obawiał się dokonać wstrzyknięcia mleka z powodu występującego zwykle silnego odczynu ogólnego, autor wstrzykiwał zamiast mleka Omnadinę i stosował jednocześnie ostrożne naświetlania lampą kwarcową. Dawkowanie naświetlań zwiększano bardzo wolno. Wyniki lecznicze okazały się znakomite. Jako przykład skuteczności Omnadiny, *Frehse* przytacza historję choroby pewnego 15-letniego pacjenta, który od roku chorował na nerczycę; jako powikłanie tej nerczycy wystąpiła róża, która od 4 miesięcy powtarzała się regularnie co 10 dni. Po 6 wstrzyknięciach Omnadiny uporczywe nawroty róży ustąpiły zupełnie. Dla wszelkiej pewności autor wstrzyknął jednak jeszcze kilka razy Omnadinę. Jeszcze jednego pacjenta, z nawracającą ciągle różą, udało się również ostatecznie wyleczyć zapomocą wstrzykiwań Omnadiny.

Dr. K. Frehse, Köthen (Anhalt).
(Münch. med. Wschr., 1931, Nr. 33).

Uśpienie Avertiną.

Kennedy stosuje podczas uśpienia avertinowego Coraminę jedynie w małych dawkach, gdyż zupełne przerwanie narkozy nigdy nie było potrzebnem. Domięśniowe wstrzyknięcie 2 — 3 cm³ szybko poprawiało zabarwienie skóry, oddech i tętno. Uśpienie trwało nadal, tylko chorzy, którzy otrzymali Coraminę, budzili się, jak się zdaje, nieco wcześniej. Autor opisuje chorego, u którego wystąpiły groźne pooperacyjne zaburzenia oddechu i czynności serca; choremu temu wstrzyknięto stosunkowo niewielkie dawki Coraminy: 1 cm³ dożylnie i 2 cm³ domięśniowo. Wynik okazał się znakomity, gdyż zaburzenia ustąpiły natychmiast.

Dr. Kennedy, Edynburg.
(Lancet, 1932, Nr. 5674).

W sprawie usypiania przy chorobie Basedowa.

Przy operacyjnem leczeniu choroby Basedowa należy wybierać taki sposób usypiania, którego stosowanie wywiera najmniej szkodliwy wpływ na psychikę pacjenta. W chwili obecnej wymaganiu temu odpowiada najbardziej podstawowe usypianie zapomocą podawanej per rectum Avertiny. Stosunkowo długotrwałe działanie Avertiny przytłumia ból przyranny w pierwszym dniu po zabiegu. Częstokroć operowany pozostaje przez większą część dnia w stanie lekkiego odurzenia, co w znacznym stopniu łagodzi bezpośredni operacyjny wstrząs psychiczny. Autor nie dąży wcale do osiągnięcia uśpienia całkowitego, lecz łączy podstawowe uśpienie Avertiną ze znieczuleniem miejscowem lub z eterem.

F. Kerschner, Szpital Teplitz-Schönau.
(M. Kl., 1932, Nr. 39).

Nadużywanie tytoniu i nadczynność tarczycy.

Autor zbadał podstawową przemianę materji u 71 pacjentów, którzy, jako nałogowi palacze, w znacznym stopniu nadużywali tytoniu. U 55 stwierdzono wzmożenie przemiany podstawowej (przeciętnie + 21,7%).

Autor wyraża przypuszczenie, że objawy nerwowe, występujące u nałogowych palaczy, mogą, przynajmniej częściowo, zależeć od nadczynności tarczycy, wywołanej przez zatrucie nikotyną.

Dr. F. Schlumm,
Kl. wew. Uniw. w Kolonji.
(Z. klin. Med., 1932, tom 120).

Leczenie zapalenia płuc i grypy.

Autor omawia pomyślne wyniki, jakie można osiągnąć w licznych przypadkach zapalenia płuc przez wczesne zastosowanie wstrzykiwań Omnadiny. Przeciwko dokuczliwym bólom głowy stosuje się z powodzeniem Pyramidon. Przy niedomodze krążenia należy wstrzykiwać domięśniowo duże dawki kamfory (5 — 20 cm³ codziennie lub co drugi dzień). Zamiast kamfory można stosować również Hexeton lub inne środki pobudzające krążenie. Przy przedłużaniu się sprawy chorobowej duże usługi oddaje proteinoterapja:. Omnadina a zwłaszcza Yatren-Caseina. Ropnie płuc lub zgorzel płuc leczymy Neosalvarsanem.

Dla zapobiegania grypie stosuje się z powodzeniem pastylki Panflaviny. Również i przy grypie bardzo ważnem jest zastosowanie Omnadiny odrazu w pierwszym dniu choroby, gdyż w ten sposób udaje się częstokroć odrazu przezwyciężyć chorobę w sposób poronny. Groźne powikłanie grypy — przewlekłe zapalenie mózgu — poddaje się czasem pomyślnemu działaniu leczniczemu dłuższej kuracji Yatren-Caseiną.

Dr. G. Holler, Wiedeń.
(Doniesienie Urzędu Zdrowia Publ., 1932, Nr. 4).

Leczenie zakażeń dróg moczowych Neosalvarsanem.

Neosalvarsan jest wskazany w tych przypadkach zakażeń dróg moczowych, w których złośliwość zarazków chorobotwórczych zależna jest od niedostatecznie kwaśnego odczynu moczu. Przy zakażeniach laseczką okrężnicy z moczem dostatecznie kwaśnym, Neosalvarsan nie okazuje żadnego wpływu leczniczego na sprawę infekcyjną. Szczególnie skutecznym jest Neosalvarsan w zakażeniach wywołanych przez ziarenkowce. Przypadki niepowodzenia zależą przeważnie od szczególnych przyczyn, najczęściej ciężkich zmian organicznych lub dużych kamieni. Schorzenia obustronne nie stanowią przeciwwskazania. Kuracja składa się z 12 wstrzykiwań po 0,3 g. Wskazanem jest rozpoczynać, celem zbadania tolerancji, od mniejszych dawek. Zakażenia laseczkami są bardzo uporczywe i niezawodnego środka dla ich leczenia, niestety, jeszcze nie posiadamy. Przy zakażeniu mieszanem pałeczkami i ziarenkowcami Neosalvarsan również jest wskazany, gdyż już samo usunięcie ziarenkowców może przedstawiać pewien postęp w leczeniu.

Dr. W. Heckenbach,
Szpital im. Jadwigi w Berlinie.
(Fortschr. d. Th., 1932, z. 8).

Badania doświadczalne nad chemoterapją zapalenia opon mózgowych.

Prawidłowy płyn mózgowo-rdzeniowy oraz płyn schizofreników nie posiada żadnych własności bakterjobójczych. Dodanie Trypaflaviny sprawia, że płyn zyskuje znaczną siłę bakterjobójczą. Istnieje pogląd, że działanie Trypaflaviny ulega w obecności płynu zwiększeniu. Z badań porównawczych nad bakterjobójczem działaniem heksametylenotetraminy i Trypaflaviny wynika, że Trypaflavina jest skuteczniejsza. Leczenie zapalenia opon mózgowych heksametylenotetraminą nie posiada wobec te-

go żadnych uzasadnionych podstaw. Również i związki jodowe lub połączenia złota nie zmieniały siły bakterjobójczej płynu mózgowo - rdzeniowego. Należy zwrócić uwagę, że działanie lecznicze Trypaflaviny występuje wyraźnie tylko przy wstrzykiwaniu dolędźwiowem i że wstrzykiwania dożylne nie okazują wpływu na siłę bakterjobójczą płynu. Dolędźwiowe wstrzykiwania Trypaflaviny mogą uratować nawet ciężkie przypadki zapalenia opon mózgowych, w których rokowanie wydaje się bardzo poważnem. Należy, oczywiście, stosować jednocześnie i leczenie surowicą meningokokową. Przy zbyt późnej interwencji również i Trypaflavina okazuje się bezsilną.

Prof. K. Beck, dr. K. Beringer i dr. M. Gundel, Klin. laryng., Klin. psych. i Zakł. Higj. Uniw. w Heidelbergu.
(Münch. med. Wschr., 1932, Nr. 33).

W sprawie tolerancji Salyrganu.

Autorzy dokonali w szpitalu Montefiore w Nowym Yorku już przeszło 3000 wstrzykiwań Salyrganu. Otóż zaledwie w dwóch przypadkach stwierdzono łagodne objawy zapalenia błony śluzowej jamy ustnej u chorych z zaburzeniami czynności nerek. Wśród 30 chorych, którzy przez długi czas prawie aż do ostatniej chwili życia otrzymywali Salyrgan (w dawce ogólnej dochodzącej do 130 cm^3), zaledwie w jednym przypadku stwierdzono sekcyjnie zmiany nerkowe, które może zależały od stosowania preparatu rtęciowego. Zmiany te jednak były tak niewielkie, że nie mogły przyczynić się do zejścia śmiertelnego, które zależało wyłącznie od ciężkiej zasadniczej choroby sercowej. Przypadek ten dotyczył 5-letniego dziecka, które w ciągu 3 tygodni otrzymało 4 cm^3 Salyrganu.

Dr. Tarr i dr. Jacobson, New York.
(Arch. of. Int. Med., 1932, tom 50).

Choroba Menièra.

W przypadkach choroby Menièra stwierdza się zaburzenia gospodarki wodnej. Istnienie tych zaburzeń wynika między innemi z tego, że dożylne wstrzyknięcie 1 cm^3 Salyrganu, które wywołuje u osób zdrowych wzmożenie diurezy, trwające 1 dzień, u chorych na chorobę Menièra powoduje natychmiastowe zwiększenie ilości oddawanego moczu, trwające 2 dni. Salyrgan wywiera na chorobę Menièra niewątpliwy wpływ leczniczy. Po wstrzyknięciu Salyrganu podaje się następnie przez dłuższy czas preparaty wapniowo - teobrominowo - salicylowe.

Dr. Neville, Harrogate.
(Brit. Med. Journ., 1931, Nr. 3679).

Karotyna (witamina A) i tyroksyna.

Autorzy wykazali w doświadczeniach na zwierzętach istnienie antagonizmu między tyroksyną i karotyną wzgl. witaminą A. U 13 zwierząt doświadczalnych stwierdzono po podawaniu tyroksyny spadek wagi, wynoszący przeciętnie 9 g na tydzień, pod wpływem zaś jednoczesnego podawania karotyny i tyroksyny waga zwiększała się o 1 g, a przy podawaniu wyłącznie karotyny zwiększała się o 11 g. Z doświadczeń tych wynika, że karotyna wyrównywała utratę wagi zależną od tyroksyny. Podawanie tyroksyny wzmaga brak witaminy A wskutek zwiększenia jej zużycia. Prawdopodobnie karotyna wiąże tyroksynę i unicestwia jej działanie. Następnie stwierdzono również, że tyroksyna wpływa pomyślnie na wytwarzanie kości. Prób klinicznych leczenia nadczynności tarczycy zapomocą antagonistycznie działającej witaminy A dotychczas jeszcze nie przeprowadzono.

Prof. dr. Euler i dr. Klussmann.
Instytut Biochem. w Sztokholmie.
(Z. f. physiol. Chem., 1932, tom 213).

Pantocaina w oto-rhino-laryngologji.

Od maja 1931 roku stosuję w mej praktyce z bardzo dobrym wynikiem Pantocainę. Do końca 1932 wykonałem w znakomitem znieczuleniu pantocainowem 20 operacyj w zatokach szczękowych, 62 zabiegi na przegrodzie nosowej, 127 tonsillektomij i 7 szwów usznych. Ani razu nie spostrzegałem przytem zaburzeń, występujących nierzadko przy stosowaniu znieczulenia kokainowego

(bicie serca, mdłości). Dla znieczulenia błony śluzowej, np. w celu przygotowania tonsillektomji, stosuję dla znieczulenia powierzchownego roztwór 2%-owy; dla znieczulenia przewodnictwa przy operacjach w zatokach nosowych, szczękowych, czołowych i przy operacjach w krtani oraz przy tonsillektomji najodpowiedniejszy jest 1‰ roztwór Pantocainy z dodatkiem 5 kropel Suprareniny 1 : 1000, ogółem 20 cm^3. Szczególną zaletą Pantocainy w porównaniu z innemi preparatami jest bardzo szybkie występowanie znieczulenia; np. przy tonsillektomjach można natychmiast po obustronnem wstrzyknięciu rozpocząć od pierwszej strony znieczulonej. Działanie utrzymuje się w przybliżeniu przez 2 godziny od chwili wstrzyknięcia. Dla usunięcia migdałków gardzielowych u starszych dzieci również stosuję 2%-owy roztwór Pantocainy, osiągając bardzo dobre znieczulenie przez założenie dwóch cienkich pasemek waty przez dolny przewód nosowy i choany aż do tylnej ściany gardła. Prawdopodobnie jednak również i roztwór 1% okazałby się całkowicie wystarczający, gdyż czasami u dzieci słabowitych występowały lekkie mdłości. Nie uważam jednak jeszcze za pewne, aby mdłości te mogły zależeć wyłącznie od Pantocainy.

Na podstawie mego doświadczenia dochodzę do wniosku, że specjalista laryngolog może obecnie obejść się zupełnie bez kokainy. Osobiście nie stosuję wcale kokainy już przeszło od 2 lat. Stosowałem w mej praktyce tutokainę, pseudokokainę, novocainę i kokainę, lecz żaden z tych preparatów nie może pod względem powierzchownego działania znieczulającego porównywać się z Pantocainą.

Dr. J. Martin, Merseburg.
(Therap. Ber., 1933, Nr. 3).

Przyczynek do leczenia ciężkich oparzeń u dzieci.

Dla leczenia ciężkich oparzeń u dzieci autor stosuje miejscowo papkę dermatolową, jako najłagodniejszy i sprzyjający aseptyce środek dla leczenia ran z oparzenia. Po upływie 3 tygodni można przy możliwie największem oszczędzaniu małego pacjenta oczekiwać procesu oddzielania się zmartwiałych tkanek. Przy odpowiedniem postępowaniu Dermatol nie dopuszcza do wchłaniania szkodliwych produktów rozkładu i stosowanie wszelkich innych leków okazuje się zbyteczne. W przypadkach oparzeń drugiego i trzeciego stopnia metoda powyższa jest według autora najskuteczniej za, przyczem za szczególną jej zaletę należy uważać bezbolesność. W przypadkach porażenia krążenia autor stosuje dożylne wstrzykiwania 30%-owego roztworu cukru gronowego; jednocześnie podaje się w razie potrzeby adrenalinę, strofantynę, a dla zwiększenia diurezy ew. Salyrgan. W odpowiednich przypadkach wskazanem jest doustne podawanie Ephedriny dla wzmocnienia działania domięśniowego wstrzyknięcia adrenaliny. Doskonałym środkiem, tonizującym naczynia włosowate, okazała się Tonephina, która ponadto w przypadkach wysychania ustroju ratowała czasem nawet życie chorych. Dla pobudzenia pokrywania się ubytków skórnych nowym naskórkiem stosowano z powodzeniem 2%-ową maść z Pellidolu.

Dr. B. Ostrowski,
Oddział pedjatryczny Szpitala Gminnego w Haifie.
(Mtsschr. Kinderheilk., 1932, tom 54).

W sprawie leczenia ziębnięcia nóg.

Autor uważa, że przyczyną ziębnięcia nóg jest skurcz naczyń krwionośnych kończyn. Wychodząc z tego założenia, zastosował w kilku przypadkach tego dokuczliwego objawu Padutinę, obdarzoną własnością rozszerzania tętnic. Wynik okazał się nadzwyczaj pomyślny. Jeden z chorych np. cierpiał już od wielu lat na bardzo przykre wrażenie ziębnięcia nóg. Chory nie nadużywał alkoholu i nie miał żadnych oznak miażdżycy. Wszelkie dotychczas stosowane sposoby leczenia (terapja wapniowa, diatermja, kąpiele naprzemienne, kuracja arsenowa i t. d.) nie sprawiały choremu żadnej ulgi. Autor przeprowadził u tego pacjenta kurację Padutiną. Początkowo wstrzykiwano co drugi dzień 1 ampułkę domię-

śniowo, następnie zaś chory w ciągu 4 tygodni zażywał 3 razy dziennie po 15 kropel. Padutina już w krótkim czasie całkowicie uśmierzyła dolegliwości chorego, który nawet w chłodnej porze roku przestał się skarżyć na zimne nogi.

Dr. W. Austerlitz, Bardjów.
(Ther. Ber., 1932, Nr. 10).

Leczenie porażenia nerwowego po nieudanym zastrzyku dożylnym.

Neosalvarsan, wysokoprocentowe roztwory soli kuchennej i wiele innych roztworów wywołują po niefortunnym zastrzyku dożylnym uszkodzenie tkanek, prowadzące wreszcie do wytworzenia kurczącej się blizny. Jeżeli w sprawę wciągnięty jest również i nerw, to może dojść do objawów porażennych. *Török* opisuje przypadek porażenia N. mediani u 18-letniego pacjenta. Porażenie to powstało przed $1^1/_2$ rokiem po zastrzyku Neosalvarsanu, który zamiast do żyły, przeniknął do tkanki podskórnej. Nerw był ściśle otoczony tkanką bliznowatą, zrośniętą tylko z otoczką nerwową. Neuroliza doprowadziła do zupełnego oswobodzenia nerwu, poczem chory stopniowo odzyskał całkowitą władzę w kończynie.

Dr. J. Török, Cluj (Rumunja).
(Der Chirurg, 1932, Nr. 17).

Stosowanie Panflaviny przy zapaleniu jamy ustnej.

U pewnego chorego z ciężkiem zapaleniem jamy ustnej udało mi się osiągnąć nadzwyczaj szybką poprawę zapomocą pastylek Panflaviny. Poprzednio wypróbowano już bez skutku wszystkie zwykle w takich przypadkach stosowane leki. Można wyobrazić sobie radość pacjenta, gdy pod wpływem zażywania pastylek Panflaviny wszystkie przykre objawy podmiotowe, jak przenikający zapach gnilny z jamy ustnej, bolesność przy jedzeniu, wrażenie suchości w ustach i t. d., odrazu ustąpiły. Podniebienie, zabarwione dawniej na kolor czerwonobrunatny, odzyskało swój prawidłowy czerwony odcień, a obrzmienie, które bolało nawet przy dotknięciu językiem, cofnęło się bez śladu. Pacjent zwracał zwlaszcza uwagę na wrażenie świeżości w jamie ustnej; oddech stał się znowu zupełnie czysty.

Dr. Zarcinas, Kalwarja na Litwie.
(Ther. Ber., 1933, Nr. 4).

Zawartość bromu we krwi przy psychozach.

U osób psychicznie zdrowych zawartość bromu we krwi wynosi 0,73 — 1,1 mg %. W przypadkach zaś stanów manjakalno-depresyjnych, schizofrenji i innych, zawartość bromu jest mniejsza. Również i w przypadkach guzów mózgu znaleziono obniżenie poziomu bromu we krwi.

Zondek i *Bier* przypuszczają, że być może ucisk mózgu okazuje wpływ na obfitującą w brom przysadkę, która stanowi ośrodek regulacji bromowej przemiany materji (hormon bromowy). W przypadkach organicznych chorób mózgu stwierdza się w płynie mózgowo-rdzeniowym zwiększenie zawartości bromu, podczas gdy u chorych umysłowych, dotkniętych zaburzeniami manjakalno-depresyjnemi, również i płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera mniej bromu niż płyn ludzi zdrowych. W okresie manjakalno-depresyjnym poziom bromu we krwi stale pozostaje niski, lecz przy poprawie powraca zawsze do normy. Gwałtownie występujące zaburzenia równowagi psy-

chicznej przejawiają się ostrym spadkiem zawartości bromu we krwi. Być może, że również i zmiany nastroju w granicach fizjologicznych zależą do pewnego stopnia od wahań zawartości bromu.

Prof. dr. Zondek i *Bier*, I oddz. wew. szp. Am Urban, Berlin. (Klin. Wschr., 1933, Nr. 2).

Znaczenie bezkwaśności żołądkowej i odpowiedniego leczenia substytucyjnego.

Preparaty, które odszczepiają większe ilości kwasu solnego dopiero w żołądku, jak np. Acidol-Pepsina, stanowią niewątpliwie znaczny postęp w lecznictwie. W przeciwieństwie do czystego kwasu solnego roztwór Acidolu nie okazuje żadnego szkodliwego wpływu na zęby i nie oddziaływuje wcale na błonę śluzową jamy ustnej i języka. Słaby kwaśny odczyn przeciwdziała wytwarzaniu się kamienia zębowego i okazuje się pożytecznym również i przy paradentozach. W znaczeniu leczenia substytucyjnego powinno się zażywać Acidol-Pepsinę „mocną“ w dawce conajmniej po 2 tabletki przy każdem jedzeniu (czyli 6 — 10 tabletek lub więcej dziennie); tabletki najlepiej przyjmować w słodzonej herbacie lub zwykłej wodzie z cukrem, lecz nie w wodach alkalicznych.

Prof. dr. G. Bergmann, Berlin. (D. M. W., 1933, Nr. 2).

O wpływie niektórych środków chemoterapeutycznych na rozwój bakteryj.

Autor wstrzyknął dożylnie jednemu pacjentowi 0,1 g Trypaflaviny, a następnie po upływie godziny pobrał cewnikiem mocz. Dodanie 0,5 cm³ tego moczu, zawierającego Trypaflavinę, do płytki agarowej hamowało w znacznym stopniu rozwój bakteryj albo nawet powstrzymywało go zupełnie. Dodanie 1 cm³ takiego moczu zupełnie uniemożliwiało rozwój wszelkich drobnoustrojów. Doświadczenia te dowodzą, że Trypaflavina przenika w dostatecznie czynnej dawce do moczu i że można ją wobec tego z powodzeniem wykorzystać dla leczenia zakaźnych schorzeń dróg moczowych.

Dr. H. Knauer, Klinika Pedjatryczna w Wrocławiu. (Zschr. ges. exp. Med., 1932, tom 85).

Konkurs na pracę o Omnadinie

Dotychczas nadesłano do Redakcji „Wiadomości Terapeutycznych“ następujące prace konkursowe:

Tytuł pracy:		*Godło:*
Znaczenie i wartość Omnadiny w lecznictwie	—	Salus aegroti - suprema lex medico esto. F.
Kilka uwag o leczeniu „Omnadyną“	—	B A B Y
Projekt wprowadzenia terapji bodźcowej nieswoistej „Omnadyną“ do zespołu leczniczego gruźlicy płuc.	—	Dr. J. H.
Leczenie bodźcowe	—	„SALUS“
. . . . bez tytułu	—	„Euphoria“
O stosowaniu Omnadiny w ropnem zapaleniu otrzewnej wskutek pęknięcia wyrostka robaczkowego.	—	„Odporność“
O leczeniu grypy i t. zw. chorób z zaziębienia zapomocą Omnadiny	—	Primum non nocere.

Konkurs zostanie zamknięty 1 października 1933 roku. Wynik konkursu z przyznaniem nagród zostanie ogłoszony w listopadowym numerze „Wiadomości Terapeutycznych“.

XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich
w Poznaniu
Dział Wystawy
„Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna"

KOMUNIKAT.

Podajemy do wiadomości, iż dział prasy i prac naukowych na Wystawie **„Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna"** powierzono p. Dr. Stanisławowi KONOPCE, kierownikowi Biura Propagandy Medycyny Polskiej w Warszawie, ul. Górnośląska 45, tel. 9-73-57. Prosimy zwracać się z wszelkiemi zapytaniami w sprawie tego działu Wystawy pod wyżej wskazanym adresem.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
(—) *Prof. Dr. Karwowski*

Przewodniczący Komisji Naukowej Wystawy
(—) *Dr. R. F. Matuszewski*

Sekretarz
(—) *Dr. Luziński*

STOWARZYSZENIE LEKARZY W KRYNICY

urządza w dniach **6, 7 i 8 stycznia 1934 r.**

V. ZJAZD LEKARSKI.

Głównemi tematami obrad będą: 1) leczenie schorzeń serca i nerek z uwzględnieniem leczenia zdrojowego; 2) leczenie zachowawcze przewlekłych zapaleń macicy i jej przydatków.

W czasie obrad Zjazdu odbędą się w Krynicy pokazy sportów zimowych oraz wycieczki i zabawy celem uprzyjemnienia pobytu biorącym udział w Zjeździe.

Program szczegółowy Zjazdu będzie później ogłoszony.

Informacyj udziela, zgłoszenia odczytów i uczestnictwa przyjmuje Sekretarz Generalny Zjazdu, Dr. Stanisław LEWICKI — Krynica — dom „Pod Trąbką".

Sekretarz Generalny
(—) *Dr. Stanisław Lewicki*

Prezes Stowarzyszenia
(—) *Dr. L. Korybut-Daszgiewicz*

Komunikat

II. Kurs Teorji i Praktyki z dziedziny Radjologji Lekarskiej, urządzony przez **Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne** pod protektoratem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, odbędzie się w Warszawie w czasie od dnia 25.IX — 15.X 1933 r.

Opłata zasadnicza za Kurs wynosi zł. 150. Uczestnicy Kursu wnoszą na ręce sekretarza Kursu zadatek w kwocie zł. 50 najpóźniej do dnia 15.IX 1933 r.

Po rozpoczęciu Kursu uczestnicy będą mogli otrzymać od sekretarza karty uczestnictwa, które będą uprawniały do uzyskania zniżek kolejowych w drodze powrotnej.

Po ukończeniu Kursu uczestnicy otrzymują zaświadczenie z jego odbycia.

We wszelkich sprawach organizacyjnych Kursu (mieszkanie, pensjonat i t. d.) zwracać się należy do sekretarza Kursu, d-ra B. KRYŃSKIEGO, Warszawa. Zielna 11, tel. 675-78.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5 Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.